

告示番号		1		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	14 潰瘍性大腸炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か		月	日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%			
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日	(年		月	日)									
症状	全身	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		詳細:()											
	消化器	発熱: [なし ・ あり]											
		詳細:()											
その他	排便状況:回数: [6回未満/日 ・ 6回以上/日] 顕血便: [なし ・ あり]												
	詳細:()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		詳細:()											
	消化器	発熱: [なし ・ あり]											
		詳細:()											
その他	排便状況:回数: [6回未満/日 ・ 6回以上/日] 顕血便: [なし ・ あり]												
	詳細:()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施]		実施日:(年		月	日)		所見:()					
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]		実施日:(年		月	日)		部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸]					
画像検査	所見:()												
	注腸造影: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)												
検査所見 (その他)	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)												
	部位: [上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方]												
検査所見 (その他): ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施]		実施日:(年		月	日)		所見:()					
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]		実施日:(年		月	日)		部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸]					
所見:()													

告示番号	1	慢性消化器疾患 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
画像検査	注腸造影: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()	
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: [上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方] 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり]	プレドニゾン換算投与量: ()mg/日		
	タクロリムス: [なし ・ あり] 6-MP: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()	シクロスポリン: [なし ・ あり] インフリキシマブ: [なし ・ あり]	アザチオプリン: [なし ・ あり]	
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり]	経腸栄養: [なし ・ あり]		
血液浄化	血球成分除去 (白血球除去) 療法: [未実施 ・ 実施]			
手術	手術①: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	術式: () 所見: ()	
	手術②: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	術式: () 所見: ()	
	手術③: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	術式: () 所見: ()	
	手術④: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	術式: () 所見: ()	
	手術⑤: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	術式: () 所見: ()	
治療	治療 (その他): ()			
今後の治療方針	今後の治療方針: ()			
	治療見込み期間 (入院)	開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来)	開始日: (年 月 日)	終了日: (年 月 日)	通院頻度: ()回/月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()			
医療機関・医師署名				
上記の通り診断します。				
医療機関名		記載年月日	年 月 日	
医療機関所在地		診断年月日	年 月 日	
電話番号		診療科		
		医師名		
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日