

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 (継続申請用)		1/2	
病名	14 潰瘍性大腸炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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	治癒 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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：( )												
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 ]												
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 (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 ]												
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 ]			シクロスポリン：[ なし ・ あり ]			アザチオプリン：[ なし ・ あり ]						
	6-MP：[ なし ・ あり ]			インフリキシマブ：[ なし ・ あり ]									
薬物療法 (その他)：( )													
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：( )													

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 (継続申請用) **2/2**

手術	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