

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (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：()											
		腹痛：[なし ・ あり]											
		症状 (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：()											
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] プレドニゾロン換算投与量：()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：()											

