

| 告示番号 | | 2 | | 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 | 15 クロウン (Crohn) 病 | | | | | | | 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:() 発熱:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 下痢:[なし ・ あり] | | 腹痛:[なし ・ あり] | | 肛門膿瘍:[なし ・ あり] | | 肛門瘻孔:[なし ・ あり] | | | | | |
| | その他 | 症状 (その他):() | | | | | | | | | | | |
| 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:() 発熱:[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 下痢:[なし ・ あり] | | 腹痛:[なし ・ あり] | | 肛門膿瘍:[なし ・ あり] | | 肛門瘻孔:[なし ・ あり] | | | | | |
| | その他 | 症状 (その他):() | | | | | | | | | | | |
| 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] 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):() | | | | | | | | | | | | |
| 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):() | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 告示番号 2 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 | |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | |
| 合併症 | 原発性硬化性胆管炎:[なし ・ あり] 血管炎:[なし ・ あり] 膵炎:[なし ・ あり] 胆石症:[なし ・ あり] 尿路結石症:[なし ・ あり] 肝障害:[なし ・ あり] アミロイドーシス:[なし ・ あり] 合併症 (その他): () |
| 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 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] アダリブマブ:[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 | 顆粒球吸着療法:[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 |