

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 クローン (Crohn) 病								受付種別		☐ 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]											
				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] 消化管症状 (その他)：()											
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：()											
		消化器		発熱：[なし ・ あり]											
				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] 消化管症状 (その他)：()											
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)：()													

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	(		)

