

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 (継続申請用)		1/2	
病名	15 クローン (Crohn) 病							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:()											
	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] 消化管症状 (その他): ()											
その他	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	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] アダリプマブ: [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: ()												

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 (継続申請用) 2/2	
手術	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