

告示番号		4		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)		1/2	
病名	16 早期発症型炎症性腸疾患							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)			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)												
発症時期	発症時期: (歳 か月)												
症状	消化器	下痢: [なし ・ あり] 血便: [なし ・ あり]											
		肛門周囲病変: [なし ・ あり] 詳細: ()											
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	消化器	下痢: [なし ・ あり] 血便: [なし ・ あり]											
		肛門周囲病変: [なし ・ あり] 詳細: ()											
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													
血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL									
	血清総蛋白: ()g/dL	血清アルブミン: ()g/dL		血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL									
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL	AST: ()U/L		γ-GTP: ()U/L									
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L		血清鉄 (Fe): ()μg/dL									
	BUN: ()mg/dL	血清クレアチニン: ()mg/dL		α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施									
	UIBC: ()μg/dL	フェリチン: ()ng/mL・未実施											
細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		クロストリジウム抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]								
所見: ()													
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
所見: ()													
画像検査	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													
血液検査	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL									
	血清総蛋白: ()g/dL	血清アルブミン: ()g/dL		血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL									
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL	AST: ()U/L		γ-GTP: ()U/L									
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L		血清鉄 (Fe): ()μg/dL									
	BUN: ()mg/dL	血清クレアチニン: ()mg/dL		α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施									
	UIBC: ()μg/dL	フェリチン: ()ng/mL・未実施											
細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		クロストリジウム抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]								
所見: ()													
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
所見: ()													

告示番号 **4** 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) **2/2**

画像検査	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	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()		
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