

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		☐ 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 ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清鉄 (Fe)：()μg/dL UIBC：()μg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)：()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 ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清鉄 (Fe)：()μg/dL UIBC：()μg/dL フェリチン：()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)：()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：()											

