

告示番号	3	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	17 自己免疫性腸症 (IPEX症候群を含む。)				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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	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] 詳細: () 血便: [なし ・ あり] 食事療法または TPN で症状が改善: [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						
発症時期	発症時期: (歳 か月)					
症状	消化器	下痢: [なし ・ あり] 詳細: () 血便: [なし ・ あり] 食事療法または TPN で症状が改善: [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						
血液検査	白血球数: ()/μL	白血球分画: リンパ球: ()%	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清総蛋白: ()g/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL
	血清アルブミン: ()g/dL	血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL	AST: ()U/L	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L	血清クレアチニン: ()mg/dL
	γ-GTP: ()U/L	BUN: ()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		血清IgG: ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	
	細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)				
	病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)				
	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	白血球分画: リンパ球: ()%	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清総蛋白: ()g/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL
	血清アルブミン: ()g/dL	血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL	AST: ()U/L	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L	血清クレアチニン: ()mg/dL
	γ-GTP: ()U/L	BUN: ()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		血清IgG: ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL	血清IgM: ()mg/dL	

告示番号	3 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
細菌検査	便培養：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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)：()		
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：()		
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり] 経腸栄養：[なし ・ あり]		
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