

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 (継続申請用)		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"/> 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 )												
発症時期	発症時期: ( 歳 か月 )												
症状	消化器	下痢: [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
	その他	血便: [ なし ・ あり ] 食事療法または TPN で症状が改善: [ なし ・ あり ]											
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 <sup>4</sup> /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	血清IgA: ( )mg/dL		血清IgM: ( )mg/dL									
	血清IgG: ( )mg/dL												
	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							

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 (継続申請用) **2/2**

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