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〉

病名	17　自己免疫性腸症（IPEX症候群を含む。）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　ー　　）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）　年　　月　　日 体重（測定日）　kg（　　SD）　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	治癒 ・ 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：（　　）
		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（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：（　　）×10⁴/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） 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

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

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