

告示番号 33		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)		1/3		
病名	18 非特異性多発性小腸潰瘍症					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)									
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]								
		浮腫: [なし ・ あり]								
		詳細 ()								
	消化器	成長障害: 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]								
		詳細 ()								
	皮膚・粘膜	腹痛: [なし ・ あり]				皮膚肥厚: [なし ・ あり] 頭部脳回転状皮膚: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚: [なし ・ あり]								
その他	ばち指: [なし ・ あり]									
症状 (その他): ()										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]								
		浮腫: [なし ・ あり]								
		詳細 ()								
	消化器	成長障害: 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]								
		詳細 ()								
	皮膚・粘膜	腹痛: [なし ・ あり]				皮膚肥厚: [なし ・ あり] 頭部脳回転状皮膚: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚: [なし ・ あり]								
その他	ばち指: [なし ・ あり]									
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	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		平均赤血球容積 (MCV): ()fL		血清アルブミン: ()g/dL					
便検査	複数回の便潜血陽性: [なし ・ あり]									
病理検査	切除標本所見: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	すべてUL-IIまでにとどまる非特異性潰瘍: [なし ・ あり] 回腸に近接、多発する境界鮮鋭で平坦な潰瘍またはその癒痕: [なし ・ あり]									
	潰瘍は地図状ないしテープ状で、横走、斜走する: [なし ・ あり]									
	所見 (その他): ()									
画像検査	消化管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	部位: ()									
	近接、多発する非対称性狭窄、変形: [なし ・ あり]									
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	部位: ()									
	近接、多発し、境界鮮鋭で浅く斜走、横走する地図状、テープ状潰瘍: [なし ・ あり]									

告示番号	33	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)	2/3
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SLCO2A1遺伝子異常: [なし ・ あり] 詳細: ()					
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	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血清アルブミン: ()g/dL					
便検査	複数回の便潜血陽性: [なし ・ あり]					
病理検査	切除標本所見: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) すべてUL-IIまでにとどまる非特異性潰瘍: [なし ・ あり] 回腸に近接、多発する境界鮮鋭で平坦な潰瘍またはその瘢痕: [なし ・ あり] 潰瘍は地図状ないしテープ状で、横走、斜走する: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()					
画像検査	消化管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 近接、多発する非対称性狭窄、変形: [なし ・ あり]					
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 近接、多発し、境界鮮鋭で浅く斜走、横走する地図状、テープ状潰瘍: [なし ・ あり]					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SLCO2A1遺伝子異常: [なし ・ あり] 詳細: ()					
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						
鑑別診断	腸結核: [除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] クロウン病: [除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] 腸管ペーチェット病/単純性潰瘍: [除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] 薬剤性腸炎: [除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明]					
合併症	腸管狭窄による腸閉塞: [なし ・ あり] 合併症 (その他): [なし ・ あり] 詳細: ()					
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	鉄剤: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): [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]					
手術	手術①: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()					
	手術②: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()					
	手術③: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()					
治療	多汗症に対する治療: ()					
	皮膚肥厚に対する治療: ()					
	眼瞼下垂に対する治療: ()					
	関節症状に対する治療: ()					
	リンパ浮腫に対する治療: ()					
多発性小腸潰瘍に対する治療: ()						
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 ()					

告示番号	33	慢性消化器疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書	3/3																																				
医療機関・医師署名																																										
<p>上記の通り診断します。</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">医療機関名</td> <td style="width:10%;">記載年月日</td> <td style="width:10%;">年</td> <td style="width:10%;">月</td> <td style="width:10%;">日</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>医療機関所在地</td> <td>診断年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>診療科</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>医師名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>小児慢性特定疾病 指定医番号</td> <td>(</td> <td></td> <td>)</td> <td></td> </tr> </table>							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	()	
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