

告示番号		34		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		☐ 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 ()											
		成長障害：低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜 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 ()											
		成長障害：低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜 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]											

