

告示番号 31		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	35 遺伝性膵炎			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	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)					
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]				
		易疲労性: [なし ・ あり] 詳細: ()				
	消化器	白色便: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 便色カード: () 番				
		脂肪便: [なし ・ あり] 詳細: ()				
		肝腫大 (触診): [なし ・ あり] 詳細: ()				
	その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 詳細: ()				
症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]				
		易疲労性: [なし ・ あり] 詳細: ()				
	消化器	白色便: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 便色カード: () 番				
		脂肪便: [なし ・ あり] 詳細: ()				
		肝腫大 (触診): [なし ・ あり] 詳細: ()				
	その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり] 詳細: ()				
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	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	D/T比: ()	AST: ()U/L			
	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L	γ-GTP: ()U/L			
	ChE: ()U/L	血清アミラーゼ: ()U/L	血清リパーゼ: ()U/L			
	総胆汁酸: ()μmol/L	アンモニア (NH3): ()μg/dL	BUN: ()mg/dL			
	血清クレアチニン: ()mg/dL	PT: ()秒	PT: ()%			
	PT-INR: ()	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			
画像検査	超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	所見: ()					
	CT検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	所見: ()					
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	所見: ()					

告示番号	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
画像検査	磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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	血清総蛋白 : ()g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : ()mg/dL ALT : ()U/L ChE : ()U/L 総胆汁酸 : () μ mol/L 血清クレアチニン : ()mg/dL PT-INR : () α -フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL・未実施	血清アルブミン : ()g/dL D/T比 : () LDH : ()U/L 血清アミラーゼ : ()U/L アンモニア (NH3) : () μ g/dL PT : ()秒 フェリチン : ()ng/mL・未実施	血清総ビリルビン (T-Bil) : ()mg/dL AST : ()U/L γ -GTP : ()U/L 血清リパーゼ : ()U/L BUN : ()mg/dL PT : ()%	
画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()			
	CT検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()			
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()			
	磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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 : ()			
既往歴	再発性膵炎の既往 : [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	薬物療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()			
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 導入年月 : (年 月) 血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 導入年月 : (年 月)			
移植	肝移植 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)			
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