

告示番号 <b>31</b>		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	<b>35 遺伝性膵炎</b>			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)	
	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 )					
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: ( )				
その他	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 症状 (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: ( )						
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