

告示番号		32		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	36 自己免疫性膵炎							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)			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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		体重増加不良: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	消化器	易疲労性: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		脂肪便: [なし ・ あり]											
その他	黄疸: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
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]											
		体重増加不良: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	消化器	易疲労性: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		脂肪便: [なし ・ あり]											
その他	黄疸: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
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								
	血清アミラーゼ: ()U/L		血清リパーゼ: ()U/L		BUN: ()mg/dL								
	血清クレアチニン: ()mg/dL		蛋白分画: γ-グロブリン分画: ()% ・ 未実施										
	血清IgG: ()mg/dL		IgGサブクラス: IgG4: ()mg/dL ・ 未実施										
	リウマトイド因子 (定量): ()IU/mL ・ 未実施												
便検査	便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]												
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: ()													
MRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)								
所見: ()													

告示番号	32	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	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 : ()	
	内視鏡検査 (下部消化管) : [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	
	血清アミラーゼ : ()U/L		血清リパーゼ : ()U/L		BUN : ()mg/dL	
	血清クレアチニン : ()mg/dL		蛋白分画 : γ-グロブリン分画 : ()% ・ 未実施			
	血清IgG : ()mg/dL		IgGサブクラス : IgG4 : ()mg/dL ・ 未実施			
	リウマトイド因子 (定量) : ()IU/mL ・ 未実施					
便検査	便潜血 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]					
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 : ()	
	MRI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 : ()	
	内視鏡検査 (下部消化管) : [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 : ()					
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 : ()					
内視鏡的治療	内視鏡的治療 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		詳細 : ()	
手術	外科的治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日 : (年 月 日)		術式 : () 所見 : ()	
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