

告示番号 2 慢性消化器疾患 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書										
受給者番号 ()				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)						
患者		ふりがな 氏名			男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)			
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃			初診日		年 月 日			
大分類病名		6 炎症性腸疾患		細分類病名		11 潰瘍性大腸炎				
1. 臨床所見										
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載									
	排便回数 (6回未満/日 ・ 6回以上/日 → 詳細 :)									
	顕血便 (なし ・ あり → 詳細 :)									
	発熱 (なし ・ あり)									
	腹痛 (なし ・ あり)									
	成長障害 (なし ・ あり → 詳細 :)									
	現在の身長 (-) SD 現在の体重 (-) SD									
その他の症状 (なし ・ あり → 詳細 :)										
2. 検査所見										
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () や □ 内に記載。継続は現在の状況を記載									
	画像診断									
	内視鏡検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)									
	注腸造影 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)									
	手術所見									
消化管生検組織検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)										
便細菌検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)										
その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 所見 :)										
3. その他の所見										
その他の 現在の 所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)									
4. 経 過										
現在 の 治 療	薬物療法等 (未実施 ・ 実施 → 経腸栄養 ・ 完全静脈栄養 ・ ステロイド大量 ・ 血球成分除去療法 ・ タクロリムス ・ インプリキシマブ ・ シクロスポリン ・ アザチオプリン ・ 6-MP ・ 外科治療)									
過去の主 な治療・検 査など										
5. 今後の療の方針										
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部)									
	4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む)									
現状評価	7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()									
	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能									
治療見込期間	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明									
治療見込期間	入院	年 月 日 から		年 月 日 まで						
	通院	年 月 日 から		年 月 日 まで		(月 回)				
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。										
医療機関名 および 所在地										
平成 年 月 日 医師名 科 印										
小児慢性特定疾病指定医番号										

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入