告示番号 4 **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	13 早期発症型炎症性腸疾患		

※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

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

発症時期　（　　年　　月　　日）頃
血便　（ なし ・ あり ）
下痢　（ なし ・ あり ）
肛門周囲病変　（ なし ・ あり → 詳細：　　）
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（ ）内に記載

血液所見　測定日（　　年　　月　　日）

白血球数	（　　）/μL	ヘモグロビン	（　　）g/dL	血小板数	（　　）×10^4/μL		
Fe	（　　）μg/dL	UIBC	（　　）μg/dL	フェリチン	（　　）ng/mL		
血清総蛋白	（　　）g/dL	血清アルブミン	（　　）g/dL	AST	（　　）IU/L		
ALT	（　　）IU/L	LDH	（　　）IU/L	γ-GTP	（　　）IU/L		
T-Bil	（　　）mg/dL	D-Bil	（　　）mg/dL	BUN	（　　）mg/dL		
血清クレアチニン	（　　）mg/dL			AFP	（　　）ng/mL		

画像診断　消化管内視鏡　（ 未実施 ・ 実施※ ）
※実施の場合 → 実施日（　　年　　月　　日）　部位（ 上部 ・ 下部 ）
所見（　　）
腸管粘膜生検　（ 未実施 ・ 実施 → 実施日（　　年　　月　　日）
所見（　　））
便培養　細菌培養　（ 未実施 ・ 実施 → 実施日（　　年　　月　　日）
所見（　　））
クロストリジウム抗原（ 未実施 ・ 実施 → 実施日（　　年　　月　　日）
所見（　　））
その他の検査　（ 未実施 ・ 実施 → 実施日（　　年　　月　　日）
検査名（　　）
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 → 詳細：　　）

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

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） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）
現状評価	一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 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

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号