

告示番号		2		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〉		1/2	
病名		15 クローン (Crohn) 病								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
症状		全身		成長障害：低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり]									
				詳細：()									
				発熱：[なし ・ あり]									
		消化器		下痢：[なし ・ あり]		腹痛：[なし ・ あり]		肛門膿瘍：[なし ・ あり]		肛門瘻孔：[なし ・ あり]		()	
その他		症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		全身		成長障害：低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり]									
				詳細：()									
				発熱：[なし ・ あり]									
		消化器		下痢：[なし ・ あり]		腹痛：[なし ・ あり]		肛門膿瘍：[なし ・ あり]		肛門瘻孔：[なし ・ あり]		()	
その他		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													
細菌検査		便培養：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
病理検査		消化管生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見：()											
画像検査		注腸造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方] 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													
細菌検査		便培養：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
病理検査		消化管生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見：()											
画像検査		注腸造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方] 所見：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	2	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）										2/2
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載												
合併症	原発性硬化性胆管炎：[なし ・ あり]			血管炎：[なし ・ あり]			膵炎：[なし ・ あり]			胆石症：[なし ・ あり]		
	尿路結石症：[なし ・ あり]			肝障害：[なし ・ あり]			アミロイドーシス：[なし ・ あり]					
	合併症（その他）：（ ）											
経過（申請時） ※直近の状況を記載												
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり]			プレドニゾロン換算投与量：（ ）mg/日								
	アザチオプリン：[なし ・ あり]			6-MP：[なし ・ あり]			インフリキシマブ：[なし ・ あり]					
	アダリブマブ：[なし ・ あり]											
	薬物療法（その他）：（ ）											
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり]			経腸栄養：[なし ・ あり]								
血液浄化	顆粒球吸着療法：[未実施 ・ 実施]											
手術	手術①：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 術式：（ ） 所見：（ ）											
	手術②：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 術式：（ ） 所見：（ ）											
	手術③：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 術式：（ ） 所見：（ ）											
	手術④：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 術式：（ ） 所見：（ ）											
	手術⑤：[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								
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								
医療機関住所				診療科（ ） 医師名（ ） 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）								
				（印）								