

告示番号		31		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		34 遺伝性膵炎						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI				
										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	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) : ( )														
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 ]												
		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 (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				
		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 )				( )				
		CT 検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日 : ( 年 月 日 )				( )				
		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 )				( )				

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	31	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
画像検査	磁気共鳴胆管膵管撮影 (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) : ( )											
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 : ( )											
	磁気共鳴胆管膵管撮影 (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	再発性脾炎の既往 : [ 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								
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 (印)												
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )												