

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〉		1/2		
病名		35 自己免疫性膵炎							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]												
		体重増加不良 : [なし ・ あり]												
		詳細 : ()												
		易疲労性 : [なし ・ あり]												
	消化器	脂肪便 : [なし ・ あり]												
		詳細 : ()												
		黄疸 : [なし ・ あり]												
詳細 : ()														
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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]												
		体重増加不良 : [なし ・ あり]												
		詳細 : ()												
		易疲労性 : [なし ・ あり]												
	消化器	脂肪便 : [なし ・ あり]												
		詳細 : ()												
		黄疸 : [なし ・ あり]												
詳細 : ()														
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														
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 : ()												

受給者番号（		）		患者氏名（		）							
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〉			2/2	
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：（ ）												
	磁気共鳴胆管膵管撮影（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：（ ）											
		磁気共鳴胆管膵管撮影（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												
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 （ ）													