

告示番号		1		慢性消化器疾患										()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2	
病名		14 潰瘍性大腸炎														受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()											
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		肥満度 %													
				年 月 日						年 月 日																			
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 (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] 詳細: ()																									
		消化器		排便状況:回数: [6回未満/日 ・ 6回以上/日] 顕血便: [なし ・ あり] 詳細: ()																									
				腹痛: [なし ・ あり]																									
		その他		症状 (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): ()																											
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: ()																											
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] プレドニゾン換算投与量: ()mg/日																											
		タクロリムス: [なし ・ あり] シクロスポリン: [なし ・ あり] 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] 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		血球成分除去 (白血球除去) 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: ()																											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	1	慢性消化器疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
手術	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				
		(印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				