

告示番号		33		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〉		1/3			
病名		18 非特異性多発性小腸潰瘍症								受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日							
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 %	
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		治療 ・ 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															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]													
		浮腫:[なし ・ あり]													
		詳細 ()													
		成長障害:低身長 (−2.0SD以下):[なし ・ あり]													
	消化器	腹痛:[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	皮膚肥厚:[なし ・ あり]						頭部脳回転状皮膚:[なし ・ あり]							
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし ・ あり]													
その他	ばち指:[なし ・ あり] 症状 (その他):()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]													
		浮腫:[なし ・ あり]													
		詳細 ()													
		成長障害:低身長 (−2.0SD以下):[なし ・ あり]													
	消化器	腹痛:[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	皮膚肥厚:[なし ・ あり]						頭部脳回転状皮膚:[なし ・ あり]							
	筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし ・ あり]													
その他	ばち指:[なし ・ あり] 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		ヘモグロビン (Hb):()g/dL 平均赤血球容積 (MCV):()fL 血清アルブミン:()g/dL													
便検査		複数回の便潜血陽性:[なし ・ あり]													
病理検査		切除標本所見:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) すべてUL-Ⅱまでにとどまる非特異性潰瘍:[なし ・ あり] 回腸に近接、多発する境界鮮鋭で平坦な潰瘍またはその癒痕:[なし ・ あり] 潰瘍は地図状ないしテープ状で、横走、斜走する:[なし ・ あり] 所見 (その他):()													
画像検査		消化管造影:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 近接、多発する非対称性狭窄、変形:[なし ・ あり]													
		内視鏡検査 (消化管):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 近接、多発し、境界鮮鋭で浅く斜走、横走する地図状、テープ状潰瘍:[なし ・ あり]													

