

|                        |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
|------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|
| 告示番号                   |  | 42                                                                                                                                                                                                                        |  | 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                     |  | 11 ポイツ・ジェガース (Peutz-Jeghers) 症候群                                                                                                                                                                                          |  |                                                      |               |                         |                      |                                  | 受付種別     |                       | <div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入    → ( )</div> |         |   |
| 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 ( )<br>資格取得年月日      年      月      日                                                                                                                                            |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 氏名                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                             |  |                                                      |               | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)    |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                               |  | cm (      SD)<br>年      月      日                     |               | 体重<br>(測定日)             |                      | kg (      SD)<br>年      月      日 |          | BMI                   |                                                                                                     |         |   |
|                        |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          | 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 (申請時) ※直近の状況を記載   |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 最終受診日                  |  | (      年      月      日      )                                                                                                                                                                                             |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 症状                     |  | 消化器                                                                                                                                                                                                                       |  | 血便: [      なし ・ あり      ]                            |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
|                        |  |                                                                                                                                                                                                                           |  | 詳細: (      )                                         |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
|                        |  | その他                                                                                                                                                                                                                       |  | 便通異常: [      なし ・ あり      ]                          |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 詳細: (      )           |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |  |                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 血液検査                   |  | 白血球数: (      )/μL      ヘモグロビン (Hb): (      )g/dL      血小板数: (      ) × 10 <sup>4</sup> /μL      AST: (      )U/L<br>ALT: (      )U/L      LDH: (      )U/L      γ-GTP: (      )U/L                                        |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 病理検査                   |  | 腸管粘膜生検: [      未実施 ・ 実施      ]      実施日: (      年      月      日      )<br>所見: (      )                                                                                                                                    |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 画像検査                   |  | 内視鏡検査 (消化管): [      未実施 ・ 実施      ]      実施日: (      年      月      日      )<br>部位: [      上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方      ]<br>所見: (      )                                                                                        |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 遺伝学的検査                 |  | 遺伝子検査: [      未実施 ・ 実施      ]      実施日: (      年      月      日      )<br>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      ]<br>詳細: (      )                                                                                                                                                                                |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 家族歴                    |  | 本疾患の家族歴: [      なし ・ あり ・ 不明      ]<br>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      ]<br>詳細: (      )                                                                                                                                                                               |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 手術                     |  | 手術: [      未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済      ]      実施日: (      年      月      日      )<br>術式: (      )<br>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      )<br>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             |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |
| 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      )<br>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 (      ) |  |                                                      |               |                         |                      |                                  |          |                       |                                                                                                     |         |   |

上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄   |                                                                    |
|---------|--------------------------------------------------------------------|
| 担当自治体   |                                                                    |
| 受理日     | 年 月 日                                                              |
| 公費負担者番号 |                                                                    |
| 認定結果    | [ 認定 ・ 不認定 ]                                                       |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ]                                                          |
| 受給者番号   | 受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日                                               |
| 階層区分    | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]                |
| 保険情報    | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |