

様式第2号その11(第7条、第13条関係) (表面)
小児慢性特定疾患(慢性消化器疾患) 医療意見書 (平成 年度)

受給者番号 ()		新規(新規診断、転入 ^注)		継続、再開	
患者	ふりがな 氏 名		男 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
発病	平成 年 月 頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患群	1 1 慢性消化器疾患	疾 患 名	I C D ()		
現在の症状： 該当するものに○を付け、必要な場合は自由記載してください。 肝腫(有、無)、 黄疸(有、無)、 白色便(有、無)、下痢(有、無)、 吐血(有、無)、 腹部膨満(有、無)、 易疲労性(有、無)、 体重増加不良(有、無)、 体重 (kg)、身長 (cm)、 その他 ()					
診断の根拠 となった主な検査等の結果(数値等を用いて具体的に記載) 該当するものに○を付け、必要な場合 () に記載してください。 血清： 総蛋白 (g/dl) (アルブミン g/dl)、 直接ビリルビン (mg/dl)、 GOT (mIU/ml)、 GPT (mIU/ml)、 LDH (IU/l) 生検： 未実施、 実施(所見： 無、 有) 画像診断 その他 ()					
その他の現在の主な所見等： 合併症(無、有) 就学状況(通常学級、 特別支援学級、 特別支援学校、 訪問教育、 就学前、 その他)					
経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果) 出生体重 (g)、 (該当する場合に○印： 手術予定無、 予定有、 術後) (1つに○印： 治癒、 寛解、 改善、 不変、 再燃、 悪化、 死亡、 判定不能)					
今後の治療方針 該当する場合に○印： 挿管、 中心静脈栄養、 気管切開管理、 人工肛門、 胃瘻					
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(月 回)			
上記の通り診断する。 医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印					

注) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。