

告示番号		36		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		37 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病								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		体重増加不良：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり]									
		消化器		下痢：[なし ・ あり] 便秘：[なし ・ あり]									
				胃・腸痙：[なし ・ あり] 部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]									
				腹痛：[なし ・ あり] 詳細：()									
				腹部膨満：[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		体重増加不良：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり]									
		消化器		下痢：[なし ・ あり] 便秘：[なし ・ あり]									
				胃・腸痙：[なし ・ あり] 部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]									
				腹痛：[なし ・ あり] 詳細：()									
				腹部膨満：[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		血清アルブミン：()g/dL ALT：()U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL γ-GTP：()U/L				AST：()U/L			
病理検査		消化管生検：[未実施 ・ 実施] 部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見：()				実施日：(年 月 日)							
画像検査		単純X線検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 腸管拡張像：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()				実施日：(年 月 日) 拡張部位：[十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸] 鏡面像：[なし ・ あり]							
		注腸造影：[未実施 ・ 実施] microcolon：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()				実施日：(年 月 日) 巨大膀胱：[なし ・ あり]							
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		血清アルブミン：()g/dL ALT：()U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL γ-GTP：()U/L				AST：()U/L			
病理検査		消化管生検：[未実施 ・ 実施] 部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見：()				実施日：(年 月 日)							

受給者番号() 患者氏名()

[illegible]