

告示番号		22		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 短腸症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
受給者番号				受診日	年 月 日										
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
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						
		年 月 日				年 月 日			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: ()							
その他	腹部膨満: [なし ・ あり]						詳細: ()								
	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: ()							
その他	腹部膨満: [なし ・ あり]						詳細: ()								
	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			AST: ()U/L			PT-INR: ()		
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]						実施日: ()年 ()月 ()日								
画像検査	単純X線検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]						実施日: ()年 ()月 ()日								
	注腸造影: [未実施 ・ 実施]						実施日: ()年 ()月 ()日								
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			AST: ()U/L			PT-INR: ()		
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]						実施日: ()年 ()月 ()日								
画像検査	単純X線検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]						実施日: ()年 ()月 ()日								
	注腸造影: [未実施 ・ 実施]						実施日: ()年 ()月 ()日								

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

栄養管理 中心静脈栄養: [なし ・ あり] 使用静脈: () 使用カテーテル名: ()
投与栄養量: ()kcal/kg/日 残存静脈本数: ()本/6本残存
経腸栄養: [なし ・ あり] 使用経腸栄養剤名: ()
投与栄養量: ()kcal/kg/日

手術 (初回): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
術式: ()
残存小腸の長さ: ()cm 回盲弁の有無: [なし ・ あり]
所見 (その他): ()

手術 (腸管延長術): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
術式: ()
延長後の長さ: ()cm

治療 治療 (その他): ()

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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()