

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 (継続申請用)		1/2	
病名	38 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合)						
氏名							ふりがな						
(Alphabet)							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)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
	年 月 日	年 月 日			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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	血清アルブミン: ( ) g/dL				血清直接ビリルビン (D-Bil): ( ) mg/dL				AST: ( ) U/L				
	ALT: ( ) U/L				γ-GTP: ( ) U/L								
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )								
	部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]												
	所見: ( )												
画像検査	単純X線検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )								
	腸管拡張像: [ なし ・ あり ]				拡張部位: [ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]				鏡面像: [ なし ・ あり ]				
	所見 (その他): ( )												
	注腸造影: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )								
	microcolon: [ なし ・ あり ]				巨大膀胱: [ なし ・ あり ]								
	所見 (その他): ( )												
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: ( )								
手術	手術 (初回): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]				実施日: ( 年 月 日 )								
	術式: ( )												
	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 )								
	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  
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )