

病名	<b>39 慢性特発性偽性腸閉塞症</b>					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)			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: ( )					
	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			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 ]								
	消化管神経叢の形態異常 (HE染色): [ なし ・ あり ]								
消化管運動機能検査	消化管内圧検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )					
	蠕動異常部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]								
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): ( )								
	MRI検査 (シネMRI): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )						
	拡張像: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]								
	蠕動異常部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]								
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 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 消化管神経叢の形態異常 (HE染色)：[ なし ・ あり ]		
消化管運動機能検査	消化管内圧検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 蠕動異常部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]		
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)：( )		
	MRI検査 (シネMRI)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 拡張像：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ] 蠕動異常部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]		
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 ] 投与栄養量：( )kcal/kg/日 経腸栄養：[ なし ・ あり ]	使用静脈：( ) 残存静脈本数：( )本/6本残存 使用経腸栄養剤名：( )	使用カテーテル名：( )
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 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )