

告示番号 37		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	39 慢性特発性偽性腸閉塞症					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 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(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(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]			
	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]
	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]			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					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	()					