

病名	<b>39 慢性特発性偽性腸閉塞症</b>					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 ]					
	microcolon: [ なし ・ あり ]			巨大膀胱: [ なし ・ あり ]			鏡面像: [ 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 ]											
	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	(		)