

病名	40 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日			

ふりがな 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	治療 ・ 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

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]		
	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): ()		

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	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 ()			