

告示番号		34		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
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								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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 (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]													
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: ()												

告示番号 **34** 慢性消化器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()