

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"/> 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]											
	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)			通院頻度: ()回/月					
	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日)			終了日: (年 月 日)								

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 ()