

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 (継続申請用)		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"/> 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		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: ()												
	腹部膨満: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
その他	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)								
	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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()