

告示番号		35		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	41 腸管神経節細胞減少症							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 ()