

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	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 (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

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 ()