

病名	43 総排泄腔遺残					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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(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									
身体所見	身体所見:()								
症状	消化器	排泄障害:[なし・あり] 詳細:()							
	腎・泌尿器	腎機能障害:[なし・あり] 詳細:()							
		排尿障害:[なし・あり] 詳細:()							
	その他	外生殖器異常:[なし・あり] 詳細:()							
		月経困難:[なし・あり・月経未発来] 月経血流出路障害:[なし・あり・月経未発来]							
		留血症:腔:[なし・あり] 子宮:[なし・あり] 卵管:[なし・あり] 部位(その他):()							
留血症:腔:[なし・あり] 子宮:[なし・あり] 卵管:[なし・あり] 部位(その他):() 症状(その他):()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
身体所見	身体所見:()								
症状	消化器	排泄障害:[なし・あり] 詳細:()							
	腎・泌尿器	腎機能障害:[なし・あり] 詳細:()							
		排尿障害:[なし・あり] 詳細:()							
	その他	外生殖器異常:[なし・あり] 詳細:()							
		月経困難:[なし・あり・月経未発来] 月経血流出路障害:[なし・あり・月経未発来]							
		留血症:腔:[なし・あり] 子宮:[なし・あり] 卵管:[なし・あり] 部位(その他):()							
留血症:腔:[なし・あり] 子宮:[なし・あり] 卵管:[なし・あり] 部位(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									
画像検査	瘻孔造影:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()								
	超音波検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()								
	CT検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()								
	MRI検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()								

告示番号 20 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	膀胱鏡検査: [未実施 ・ 実施] 実測値: ()cm	総排泄腔長: [不明 ・ 短いタイプ (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm超)] 腔・子宮奇形: [なし ・ あり]
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 核型: [46,XX ・ 46,XY ・ その他] 核型 (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

画像検査	瘻孔造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	膀胱鏡検査: [未実施 ・ 実施] 実測値: ()cm 総排泄腔長: [不明 ・ 短いタイプ (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm超)] 腔・子宮奇形: [なし ・ あり]

画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
------	--

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 核型: [46,XX ・ 46,XY ・ その他] 核型 (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	脊髄髄膜瘤: [なし ・ あり] 脊髄係留症: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
-----	---

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

排泄管理	腎瘻: [なし ・ あり] 膀胱瘻: [なし ・ あり] 腔瘻: [なし ・ あり] 自己導尿: [なし ・ あり] 人工肛門: [なし ・ あり] 浣腸: [なし ・ あり] 洗腸: [なし ・ あり]
------	---

リハビリテーション	補装具の使用: 下肢装具: [なし ・ あり] 車椅子: [なし ・ あり]
-----------	--

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月)
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月)

移植	腎移植: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	生体腎移植: [なし ・ あり] 先行的腎移植: [なし ・ あり]

手術	肛門形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()
	腔形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()
	手術①: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()
	手術②: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()
	手術③: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()
	手術④: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()
	手術⑤: [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 ()			