

病名	<b>43 総排泄腔遺残</b>					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										
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	外性器異常:[ 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(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 ]		総排泄腔長:[ 不明・短いタイプ(3.0cm未満)・長いタイプ(3.0cm超) ]		実測値:( )cm 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):( )									
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 (      )