

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 (継続申請用)		1/2		
病名	43 総排泄腔遺残										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 (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm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] 先行の腎移植: [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 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 ()