

告示番号		21		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)		1/3	
病名	44 総排泄腔外反症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か月		日			
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	%			
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			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													
最終受診日	(年		月	日)									
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: ()											
	筋・骨格	運動障害 (下肢): [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: ()											
	筋・骨格	運動障害 (下肢): [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): ()													

告示番号 21 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)		2/3
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	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: ()	
	画像検査: 膈・子宮奇形: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	外性器奇形: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	出生前診断: [未実施 ・ 実施] 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	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: ()	
	画像検査: 膈・子宮奇形: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	外性器奇形: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	出生前診断: [未実施 ・ 実施] 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	脊髄腫瘍: [なし ・ あり] 脊髄係留症: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()	
臨床経過	性の決定: [未決定 ・ 決定] 実施日: (年 月 日) 決定内容: [男 ・ 女 ・ 染色体は男だが女として育成 ・ その他] 決定内容 (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: () 膈形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 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	
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 ()	

告示番号 21	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)	3/3	
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日