

病名	44 総排泄腔外反症					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: ()								
	筋・骨格	運動障害 (下肢): [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): ()										
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 (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	脊髄髄膜瘤: [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

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 ()