

病名	44 総排泄腔外反症				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: ()						
	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 (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: 腔・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 (その他): ()		核型: [46,XX ・ 46,XY ・ 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] 合併症 (その他): ()	脊髄係留症: [なし ・ あり]
-----	--------------------------------------	--------------------

臨床経過	性の決定: [未決定 ・ 決定] 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): ()	実施日: (年 月 日)
------	--	----------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

排泄管理	腎瘻: [なし ・ あり] 自己導尿: [なし ・ あり] 洗腸: [なし ・ あり]	膀胱瘻: [なし ・ あり] 人工肛門: [なし ・ あり]	経瘻: [なし ・ あり] 浣腸: [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] 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月) 導入年月: (年 月)
------	--	--------------------------------

移植	腎移植: [未実施 ・ 実施] 生体腎移植: [なし ・ あり]	実施日: (年 月 日) 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] 所見: () 腔形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 所見: ()	術式: () 術式: ()
----	---	--------------------

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 (_____)