

告示番号		37		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〉		1/2	
病名		40 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病							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)					以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
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 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 )											
症状	全身	体重増加不良：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]											
	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 便秘：[ なし ・ あり ]					胃・腸痙：[ なし ・ あり ] 部位：[ 胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]						
		腹痛：[ なし ・ あり ]											
		詳細：( )											
	その他	腹部膨満：[ なし ・ あり ]											
詳細：( )													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]											
	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 便秘：[ なし ・ あり ]					胃・腸痙：[ なし ・ あり ] 部位：[ 胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]						
		腹痛：[ なし ・ あり ]											
		詳細：( )											
	その他	腹部膨満：[ なし ・ あり ]											
詳細：( )													
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													
血液検査		血清アルブミン：( )g/dL ALT：( )U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL γ-GTP：( )U/L				AST：( )U/L			
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )											
画像検査		単純X線検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 腸管拡張像：[ なし ・ あり ] 拡張部位：[ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ] 鏡面像：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )											
		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) microcolon：[ なし ・ あり ] 巨大膀胱：[ なし ・ あり ] 所見 (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													
血液検査		血清アルブミン：( )g/dL ALT：( )U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL γ-GTP：( )U/L				AST：( )U/L			
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )											

