

告示番号		23		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		39 短腸症								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)						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		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 )															
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：( )													
				腹部膨満：[ なし ・ あり ] 詳細：( )													
		その他		症状 (その他)：( )													
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：( )													
				腹部膨満：[ なし ・ あり ] 詳細：( )													
		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																	
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 PT-INR：( )							
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 ) 所見：( )															
		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )															
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 PT-INR：( )							
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 ) 所見：( )															
		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )															

