

告示番号		22		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		45 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)					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)											
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]													
留水症：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]													
留水症：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)：()													

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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