

告示番号		20		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		38 先天性食道閉鎖症								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)														
病型		病型：[Gross A ・ Gross B ・ Gross C ・ Gross D ・ Gross E] Long gap：[なし ・ あり] Gapの長さ：() 椎体 Gapの長さ：() cm														
診断のきっかけ		出生前診断：[なし ・ あり] 羊水過多：[なし ・ あり ・ 不明]														
症状	呼吸器・循環器	先天性心疾患：[なし ・ あり] 主たる病名：()														
	筋・骨格	側彎：[なし ・ あり] 椎体異常：[なし ・ あり] 胸郭変形：[なし ・ あり] 四肢異常 (橈骨奇形を含む)：[なし ・ あり]														
	腎・泌尿器	腎奇形：[なし ・ あり]														
	消化器	鎖肛：[なし ・ あり] 消化管閉鎖 (食道を除く)：[なし ・ あり]														
	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] 成長障害：[なし ・ あり] 低身長 (-2.0SD以下)：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり]														
	消化器	嘔吐：[なし ・ あり] 吐血下：[なし ・ あり]														
		経口摂取困難：[なし ・ あり] 食物のつかえ：[なし ・ あり] 嚥下困難：[なし ・ あり] 嚥下痛：[なし ・ あり]														
	呼吸器	下気道感染の頻度：[なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上] 持続する咳嗽：[なし ・ あり]														
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 発達障害：[なし ・ あり ・ 不明]														
	眼	視力障害：[なし ・ あり ・ 不明]														
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]														
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	単純X線検査 (胸腹部)：[未実施 ・ 実施] coil-up sign：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()															
	食道造影／消化管造影 (上部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
	CT 検査 (胸部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
	気管支鏡検査：[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)：()														

