

告示番号		38		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2			
病名		41 慢性特発性偽性腸閉塞症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日				BMI			
												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 (申請時) ※直近の状況を記載															
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):( )											
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 AST:( )U/L γ-GTP:( )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 ] 消化管神経叢の形態異常 (HE染色):[ なし ・ あり ]													
消化管運動機能検査		消化管内圧検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 蠕動異常部位:[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]													
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):( )													
		MRI検査 (シネMRI):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 拡張像:[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ] 蠕動異常部位:[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]													
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		合併症:[ なし ・ あり ] 詳細:( )													
経過 (申請時) ※直近の状況を記載															
栄養管理		中心静脈栄養:[ なし ・ あり ] 投与栄養量:( )kcal/kg/日 経腸栄養:[ なし ・ あり ]						使用静脈:( ) 残存静脈本数:( )本/6本残存 使用経腸栄養剤名:( )							
手術		手術 (初回):[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日:( 年 月 日 ) 術式:( ) 所見:( )													

