

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〈継続申請用〉		1/3	
病名		38 先天性食道閉鎖症						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] 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]									
				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 (申請時) ※直近の状況を記載													
生理機能検査		食道pHモニタリング:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		食道インピーダンスpHモニタリング:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
画像検査		食道造影／消化管造影 (上部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 吻合部狭窄:[なし ・ あり] 食道拡張・憩室:[なし ・ あり] 先天性食道狭窄:[なし ・ あり] 胃食道逆流症:[なし ・ あり] 食道裂孔ヘルニア:[なし ・ あり] 気管食道瘻(再開通):[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
		内視鏡検査 (食道):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 吻合部狭窄:[なし ・ あり] 食道拡張・憩室:[なし ・ あり] 先天性食道狭窄:[なし ・ あり] 逆流性食道炎:[なし ・ あり] 食道裂孔ヘルニア:[なし ・ あり] 好酸球性食道炎:[なし ・ あり] Barrett食道:[なし ・ あり] 食道がん:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
		内視鏡検査 (上部消化管):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 胃食道逆流症:[なし ・ あり] 食道裂孔ヘルニア:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
		気管支鏡検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 気管軟化症:[なし ・ あり] 気管食道瘻(再開通):[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
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 (循環器):[なし ・ あり] ※循環器疾患の合併ありの場合には、該当する主病名に対応する慢性心疾患群の意見書も合わせて提出すること 主病名:() 副病名1:() 副病名2:()											

