

告示番号		21		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		44 総排泄腔遺残						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)											
身体所見		身体所見：()											
症 状	消化器	排泄障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
		腎機能障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
	腎・泌尿器	排尿障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
		外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：()											
	その他	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)：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査		瘻孔造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		CT 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		MRI 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		膀胱鏡検査：[未実施 ・ 実施] 総排泄腔長：[不明 ・ 短いタイプ (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm超)] 実測値：()cm 腔・子宮奇形：[なし ・ あり]											
		画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 核型：[46,XX ・ 46,XY ・ その他] 核型 (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		脊髄髄膜瘤：[なし ・ あり] 脊髄係留症：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()											

