

告示番号		36		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		43 腸管神経節細胞僅少症						受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入    → ( )</div>			
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		治癒 ・ 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      血清直接ビリルビン (D-Bil):(      )mg/dL      AST:(      )U/L ALT:(      )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 ] 所見:(      )											
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):(      )											
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 ]      使用静脈:(      )      使用カテーテル名:(      ) 投与栄養量:(      )kcal/kg/日      残存静脈本数:(      )本/6本残存 経腸栄養:[ なし ・ あり ]      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:(      )											
治療		治療 (その他):(      )											
今後の治療方針		今後の治療方針:(      )											
		治療見込み期間 (入院)    開始日:(      年      月      日 )    終了日:(      年      月      日 ) 治療見込み期間 (外来)    開始日:(      年      月      日 )    終了日:(      年      月      日 )    通院頻度:(      )回/月											

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級） ・ 特別支援学校（小中学部 ・ 専攻科を含む高等部） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（ ）				
医療機関・医師署名					
上記の通り診断します。					
医療機関名		記載年月日	年	月	日
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号		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