

告示番号 37 慢性消化器疾患 平成 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書										
受給者番号 ()				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 (転出地 :)						
患者		ふりがな 氏名			男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)			
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃			初診日		年 月 日			
大分類病名		21 ヒルシュスプリング (Hirschsprung) 病及び類縁疾患		細分類病名		34		慢性特発性偽性腸閉塞症		
1. 臨床所見										
現在の症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載									
	腹部膨満 (なし ・ あり → 詳細 :)									
	腹痛 (なし ・ あり → 詳細 :)									
	下痢 (なし ・ あり) 便秘 (なし ・ あり) 易疲労性 (なし ・ あり)									
	体重増加不良・発育障害 (なし ・ あり)									
	胃・腸痙 (なし ・ あり → 部位 (胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸) 所見 ())									
その他の特記すべき症状 (なし ・ あり → 所見 :)										
2. 検査所見										
診断の根拠となった 主な検査等の結果	該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載									
	血液検査 測定日 (年 月 日)									
	血清アルブミン () g/dL D-Bil () mg/dL AST () IU/L									
	ALT () IU/L γ-GTP () IU/L									
	単純X線検査 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)									
	その他の所見 ()									
	造影検査 (未実施 ・ 実施 → 実施日 (年 月 日)									
	microcolon (なし ・ あり) 巨大膀胱 (なし ・ あり)									
その他の所見 ()										
生検 (未実施 ・ 実施 → 実施日 (年 月 日)										
所見 ())										
その他の検査 (未実施 ・ 実施 → 実施日 (年 月 日)										
検査名 ()										
所見 ()										
3. その他の所見										
その他の現在の所見など	合併症 (なし ・ あり → 詳細 :)									
4. 経過										
現在までに 行われた治療	初回手術所見および術式 (未実施 ・ 実施 → 施術日 (年 月 日))									
	術式 ()									
	所見 ()									
	経腸栄養 (なし ・ あり → 使用経腸栄養剤名 :)									
	静脈栄養 (なし ・ あり※)									
	※ありの場合 → 使用静脈 ()									
使用カテーテル ()										
投与栄養量 () Kcal / kg / day										
残存静脈本数 計6本中 () 本残存										
5. 今後の療の方針										
就学・就労		1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部)								
		4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む)								
現状評価		7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()								
		一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								
治療見込期間		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明								
		入院		年 月 日 から		年 月 日 まで				
		通院		年 月 日 から		年 月 日 まで		(月 回)		
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。										
医療機関名										
および										
所在地										
平成 年 月 日 医師名 科 印										
小児慢性特定疾病指定医番号										

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入