

告示番号		28		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		43 総排泄腔外反症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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： ()											
		筋・骨格											
	その他	運動障害 (下肢)：[なし ・ あり] 詳細： ()											
		外性器異常：[なし ・ あり] 詳細： ()											
		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)： ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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： ()											
		筋・骨格											
	その他	運動障害 (下肢)：[なし ・ あり] 詳細： ()											
		外性器異常：[なし ・ あり] 詳細： ()											
		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)： ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	28	慢性消化器疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
画像検査	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：()						
画像検査：腔・子宮奇形：[なし ・ あり]						
詳細：()						
外性器奇形：[なし ・ あり]						
詳細：()						
出生前診断：[未実施 ・ 実施]						
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）：()					
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
画像検査	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：()						
画像検査：腔・子宮奇形：[なし ・ あり]						
詳細：()						
外性器奇形：[なし ・ あり]						
詳細：()						
出生前診断：[未実施 ・ 実施]						
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）：()						
臨床経過	性の決定：[未決定 ・ 決定] 実施日：(年 月 日)					
決定内容：[男 ・ 女 ・ 染色体は男だが女として育成 ・ その他]						
決定内容（その他）：()						
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
排泄管理	腎瘻：[なし ・ あり] 膀胱瘻：[なし ・ あり] 腔瘻：[なし ・ あり]					
	自己導尿：[なし ・ あり] 人工肛門：[なし ・ あり] 浣腸：[なし ・ あり]					
	洗腸：[なし ・ あり]					
リハビリテーション	補装具の使用：下肢装具：[なし ・ あり] 車椅子：[なし ・ あり]					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
	生体腎移植：[なし ・ あり] 先行的腎移植：[なし ・ あり]					
手術	肛門形成：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：()					
	所見：()					
	腔形成：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 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					
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			
医療機関住所						
			診療科			
			医師名 (印)			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			