

告示番号		27		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		42 総排泄腔遺残						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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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・泌尿器	腎機能障害：[なし ・ あり]											
		詳細： ()											
	その他	排尿障害：[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・泌尿器	腎機能障害：[なし ・ あり]											
		詳細： ()											
	その他	排尿障害：[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)： ()													
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	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： ()													
画像検査	CT 検査：[未実施 ・ 実施]												
	実施日：(年 月 日)												
	部位： ()												
画像検査	MRI 検査：[未実施 ・ 実施]												
	実施日：(年 月 日)												
	部位： ()												
画像検査	所見： ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	2/2	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）									
画像検査	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：（ ）										
	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	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）：（ ）										
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：（ ）										
	手術①：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）										
	手術②：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）										
	手術③：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）										
	手術④：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）										
	手術⑤：[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										
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（ ）											