

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		43 総排泄腔外反症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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：()											
	筋・骨格	排尿障害：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
	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]													
留血症：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]							
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		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)											
MRI 検査：[未実施 ・ 実施]		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]											
出生前診断：[未実施 ・ 実施]		詳細：()											
		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)：()											

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〈継続申請用〉		2/2	
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]							
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 ()							