

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		37 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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				

受給者番号 () 患者氏名 ()

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〉

2/2

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

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 (

 $(\exists \mathcal{P})$