

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 (新規申請用)	1/2	
病名	38 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日		
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		年 月 日	肥満度	%
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	治療 ・ 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							
最終受診日	(年 月 日)						
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: ()			
その他	腹部膨満: [なし ・ あり]		詳細: ()				
	症状 (その他): ()						
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: ()			
その他	腹部膨満: [なし ・ あり]		詳細: ()				
	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							
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)		鏡面像: [なし ・ あり]		
	腸管拡張像: [なし ・ あり]		拡張部位: [十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]				
	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): ()						
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: ()						

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 (新規申請用) 2/2	
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
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 ()
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日