

告示番号 22		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	37 短腸症			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		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	PT-INR: ()
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)					
画像検査	単純X線検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)					
	注腸造影: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)					
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	PT-INR: ()
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)					
画像検査	単純X線検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)					
	注腸造影: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)					

告示番号 **22** 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 (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: ()	
	投与栄養量: ()kcal/kg/日		
手術	手術 (初回): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	
	術式: ()	残存小腸の長さ: ()cm	回盲弁の有無: [なし ・ あり]
	手術 (腸管延長術): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)	
	術式: ()	延長後の長さ: ()cm	
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