

告示番号 <b>36</b>		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	<b>38 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病</b>			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					
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