

|                                         |              |                                                                                                            |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|-----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |              | 20                                                                                                         |                                            | 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〉 |                             | 1/3 |   |
| 病名                                      |              | 38 先天性食道閉鎖症                                                                                                |                                            |         |                             |                      |                      |               | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                            |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |              | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                              |                                            |         |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |              | 身長<br>(測定日)                                                                                                | cm ( SD)                                   |         |                             | 体重<br>(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 )                                                                                                  |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 病型                                      |              | 病型：[ Gross A ・ Gross B ・ Gross C ・ Gross D ・ Gross E ]<br>Long gap：[ なし ・ あり ] Gapの長さ：( ) 椎体 Gapの長さ：( ) cm |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 診断のきっかけ                                 |              | 出生前診断：[ なし ・ あり ] 羊水過多：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                    |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 呼吸器・循環器      | 先天性心疾患：[ なし ・ あり ]<br>主たる病名：( )                                                                            |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格         | 側彎：[ なし ・ あり ] 椎体異常：[ なし ・ あり ] 胸郭変形：[ なし ・ あり ]<br>四肢異常 (橈骨奇形を含む)：[ なし ・ あり ]                             |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 腎・泌尿器        | 腎奇形：[ なし ・ あり ]                                                                                            |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器          | 鎖肛：[ なし ・ あり ] 消化管閉鎖 (食道を除く)：[ なし ・ あり ]                                                                   |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | その他          | 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 ] 成長障害：[ なし ・ あり ] 低身長 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]<br>易疲労性：[ なし ・ あり ]                         |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器          | 嘔吐：[ なし ・ あり ] 吐血下：[ なし ・ あり ]                                                                             |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |              | 経口摂取困難：[ なし ・ あり ] 食物のつかえ：[ なし ・ あり ] 嚥下困難：[ なし ・ あり ]<br>嚥下痛：[ なし ・ あり ]                                  |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 呼吸器          | 下気道感染の頻度：[ なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上 ]<br>持続する咳嗽：[ なし ・ あり ]                                |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経        | 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 発達障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                      |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 眼            | 視力障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                      |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 耳鼻咽喉         | 聴力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                           |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| その他                                     | 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 |              |                                                                                                            |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 画像検査                                    |              | 単純X線検査 (胸腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] coil-up sign：[ なし ・ あり ]<br>所見 (その他)：( )                                         |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |              | 食道造影／消化管造影 (上部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                       |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |              | CT 検査 (胸部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                            |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |              | 気管支鏡検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (その他)                              |              | 検査所見 (その他)：( )                                                                                             |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |



