

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	38 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 → ()	
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) (姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
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: ()		
	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		

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