

告示番号 37		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	39 慢性特発性偽性腸閉塞症			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 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	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: ()		
その他	腹部膨満: [なし ・ あり]		詳細: ()			
	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		
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]		消化管神経叢の形態異常 (HE染色): [なし ・ あり]			
消化管運動機能検査	消化管内圧検査: [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)			
	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]			
	microcolon: [なし ・ あり]		実施日: (年 月 日)			
MRI検査	MRI検査 (シネMRI): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	拡張像: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		鏡面像: [なし ・ あり]			
	蠕動異常部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		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]					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	詳細: ()					
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		
手術	経腸栄養: [なし ・ あり]	使用経腸栄養剤名: ()	残存静脈本数: () 本/6本残存			
	手術 (初回): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)				
	術式: ()					
	所見: ()					

告示番号	37	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〉	2/2
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