

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		40 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病							受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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											

