

| 告示番号 38                |   | 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                     | 41 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<br><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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                               |                          |  |         |
| 氏名                     | (セイメイ)<br>(姓名)  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)          | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)   | cm ( SD)                                   |                               | 体重<br>(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: ( )                  |  |         |
| 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   |  | 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 ]                       |  |                               |                          |  |         |
|                        | 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 )                |                          |  |         |
|                        | 蠕動異常部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]                        |  |                               |                          |  |         |
| 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): ( )   |  |                               |                          |  |         |
| 画像検査                   | 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): ( )   |  |                               |                          |  |         |
| 画像検査                   | 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 ]                           |  |                               |                          |  |         |
|                        | 蠕動異常部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]                        |  |                               |                          |  |         |
| 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 ( )<br>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 |