

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	43 総排泄腔遺残							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 ()						
	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)			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)									
身体所見	身体所見: ()												
症状	消化器	排泄障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	腎・泌尿器	腎機能障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		排尿障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	その他	外性器異常: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		月経困難: [なし ・ あり ・ 月経未発来] 月経血流出路障害: [なし ・ あり ・ 月経未発来]											
		留水症: 腔: [なし ・ あり] 子宮: [なし ・ あり] 卵管: [なし ・ あり] 部位 (その他): ()											
留血症: 腔: [なし ・ あり] 子宮: [なし ・ あり] 卵管: [なし ・ あり] 部位 (その他): () 症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見	身体所見: ()												
症状	消化器	排泄障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	腎・泌尿器	腎機能障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		排尿障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	その他	外性器異常: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		月経困難: [なし ・ あり ・ 月経未発来] 月経血流出路障害: [なし ・ あり ・ 月経未発来]											
		留水症: 腔: [なし ・ あり] 子宮: [なし ・ あり] 卵管: [なし ・ あり] 部位 (その他): ()											
留血症: 腔: [なし ・ あり] 子宮: [なし ・ あり] 卵管: [なし ・ あり] 部位 (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	瘻孔造影: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)							
	所見: ()												
	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)							
	部位: ()												
所見: ()													
CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)								
部位: ()													
所見: ()													
MRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)								
部位: ()													
所見: ()													

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)	2/3
画像検査	膀胱鏡検査: [未実施 ・ 実施] 実測値: ()cm		総排泄腔長: [不明 ・ 短いタイプ (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm超)] 腔・子宮奇形: [なし ・ あり]			
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 核型 (その他): ()		実施日: (年 月 日) 核型: [46,XX ・ 46,XY ・ その他]			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
画像検査	瘻孔造影: [未実施 ・ 実施] 所見: ()		実施日: (年 月 日)			
	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()		実施日: (年 月 日) 部位: ()			
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()		実施日: (年 月 日) 部位: ()			
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()		実施日: (年 月 日) 部位: ()			
	膀胱鏡検査: [未実施 ・ 実施] 実測値: ()cm		総排泄腔長: [不明 ・ 短いタイプ (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm超)] 腔・子宮奇形: [なし ・ あり]			
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 核型 (その他): ()		実施日: (年 月 日) 核型: [46,XX ・ 46,XY ・ 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	脊髄髄膜瘤: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()		脊髄係留症: [なし ・ あり]			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
排泄管理	腎瘻: [なし ・ あり] 人工肛門: [なし ・ あり]		膀胱瘻: [なし ・ あり] 浣腸: [なし ・ あり]		腔瘻: [なし ・ あり] 洗腸: [なし ・ あり]	
リハビリテーション	補装具の使用: 下肢装具: [なし ・ あり] 車椅子: [なし ・ あり]					
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]		導入年月: (年 月) 導入年月: (年 月)			
移植	腎移植: [未実施 ・ 実施] 生体腎移植: [なし ・ あり]		実施日: (年 月 日) 先行的腎移植: [なし ・ あり]			
手術	肛門形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 所見: ()		術式: ()			
	腔形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 所見: ()		術式: ()			
	手術①: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()		実施日: (年 月 日)			
	手術②: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()		実施日: (年 月 日)			
	手術③: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()		実施日: (年 月 日)			
	手術④: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()		実施日: (年 月 日)			
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 ()					

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)	3/3
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