

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		43 腸管神経節細胞僅少症							受付種別		☐ 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)					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)											
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：()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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：()													
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													
血液検査		血清アルブミン：()g/dL ALT：()U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL γ-GTP：()U/L				AST：()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)：()											
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 ALT：()U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL γ-GTP：()U/L				AST：()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：()											

