

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 (継続申請用)		1/3		
病名	43 総排泄腔遺残			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	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		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)					
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
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: ()						
膀胱鏡検査: [未実施 ・ 実施]		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)]				
実測値: ()cm		腔・子宮奇形: [なし ・ あり]				
画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()		
所見: ()						
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		核型: [46,XX ・ 46,XY ・ その他]	
核型 (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]		脊髄係留症: [なし ・ あり]			
合併症 (その他): ()						

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
排泄管理	腎瘻:[なし ・ あり] 膀胱瘻:[なし ・ あり] 腔瘻:[なし ・ あり] 自己導尿:[なし ・ あり] 人工肛門:[なし ・ あり] 浣腸:[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] 導入年月:(年 月) 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月:(年 月)
移植	腎移植:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 生体腎移植:[なし ・ あり] 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] 術式:() 所見:()
	腔形成:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式:() 所見:()
	手術①:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:() 所見:()
	手術②:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:() 所見:()
	手術③:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:() 所見:()
	手術④:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:() 所見:()
	手術⑤:[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 () 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