

告示番号 <b>21</b>		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	44 総排泄腔外反症			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: ( )				
	筋・骨格	運動障害 (下肢): [ 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 ]		
		留血症: 膣: [ なし ・ あり ]	子宮: [ なし ・ あり ]	卵管: [ なし ・ あり ]	部位 (その他): ( )	
		留血症: 膣: [ 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	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: ( )			
画像検査: 膣・子宮奇形: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
外性器奇形: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
出生前診断: [ 未実施 ・ 実施 ]		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 ] 合併症 (その他): ( )	脊髄係留症: [ なし ・ あり ]	( )
臨床経過	性の決定: [ 未決定 ・ 決定 ] 決定内容: [ 男 ・ 女 ・ 染色体は男だが女として育成 ・ その他 ] 決定内容 (その他): ( )	実施日: ( 年 月 日 )	( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
排泄管理	腎瘻: [ なし ・ あり ] 自己導尿: [ なし ・ あり ] 洗腸: [ なし ・ あり ]	膀胱瘻: [ なし ・ あり ] 人工肛門: [ なし ・ あり ]	瘻瘻: [ なし ・ あり ] 浣腸: [ 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 )	( )
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: ( ) 腫形成: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 所見: ( )	術式: ( ) 術式: ( )	( ) ( ) ( )
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