

|                                                       |        |                                                                 |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|-------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|-----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                                  |        | 22                                                              |                                            | 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                                                    |        | 45 総排泄腔外反症                                                      |                                            |         |                             |                      |                      |               | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 氏名                                                    |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |                                            |         |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                                          |        | 身長<br>(測定日)                                                     | cm ( SD)                                   |         |                             | 体重<br>(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<br>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<br>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)：( )                                          |        |                                                                 |                                            |         |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |



