

告示番号		37		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		38 慢性特発性偽性腸閉塞症							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
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：()											
		腹部膨満：[なし ・ あり]											
詳細：()													
		その他		症状 (その他)：()									
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：()											
		腹部膨満：[なし ・ あり]											
詳細：()													
		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													
血液検査		血清アルブミン：()g/dL					血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		AST：()U/L				
		ALT：()U/L					γ-GTP：()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]											
		消化管神経叢の形態異常 (HE 染色)：[なし ・ あり]											
消化管運動機能検査		消化管内圧検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)						
		蠕動異常部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]											
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)：()													
		MRI 検査 (シネMRI)：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)						
拡張像：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]													
蠕動異常部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]													
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		37		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)		2/2	
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] 消化管神経叢の形態異常 (HE 染色): [なし ・ あり]											
消化管運動機能検査		消化管内圧検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 蠕動異常部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]											
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): ()											
		MRI 検査 (シネMRI): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 拡張像: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸] 蠕動異常部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]											
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		合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
栄養管理		中心静脈栄養: [なし ・ あり] 投与栄養量: ()kcal/kg/日 経腸栄養: [なし ・ あり]				使用静脈: () 残存静脈本数: () 本/6本残存 使用経腸栄養剤名: ()				使用カテーテル名: ()			
手術		手術 (初回): [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											
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	
医療機関住所						診療科							
						医師名						(印)	
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科
医師名 (印)

小兒慢性特定疾病 指定医番号 ()