

告示番号		29		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		36 短腸症						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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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 ALT：()U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL γ-GTP：()U/L				AST：()U/L PT-INR：()			
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) 所見：()											
		注腸造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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 PT-INR：()			
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) 所見：()											
		注腸造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	29	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 (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] 投与栄養量: ()kcal/kg/日										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] 術式: () 残存小腸の長さ: ()cm 所見 (その他): (実施日: () 年 () 月 () 日) 回盲弁の有無: [なし ・ あり])
	手術 (腸管延長術): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 延長後の長さ: ()cm										実施日: () 年 () 月 () 日))
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 ()								