

小児慢性特定疾患（慢性消化器疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号										新規（新規診断、転入 ^注 ）	） 継続、再開
患者	ふりがな 氏名					男・女	生年月日	昭和	年	月	日
								平成		(歳)
発症	昭・平						初診日	昭・平	年	月	日
11	慢性消化器疾患	疾患名：									ICD ()
<p>現在の症状： 該当するものに をつけ、必要な場合は自由記載してください 肝腫（有、無）、黄疸（有、無）、白色便（有、無）、下痢（有、無）、吐血（有、無）、 腹部膨満（有、無）、易疲労性（有、無）、体重増加不良（有、無）、体重（ kg）、 身長（ cm）、その他（)</p>											
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果（数値等を用いて具体的に記載）</p> <p>該当するものに をつけ、必要な場合（)に記載して下さい。</p> <p>血清：総蛋白（ g/dl）(アルブミン g/dl)、直接ビリルビン（ mg/dl） GOT（ mIU/ml）、GPT（ mIU/ml）、LDH（ IU/l）</p> <p>生検：未実施、実施（所見：無、有)</p> <p>画像診断</p> <p>その他（)</p>											
<p>その他の現在の主な所見等：</p> <p>合併症（無、有)</p> <p>就学状況（通常学級、特別支援学級、特別支援学校、訪問教育、就学前、その他）</p>											
<p>経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）</p> <p>出生体重（ g）（該当する場合に 印：手術予定無、予定有、術後） （ 1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）</p>											
<p>今後の治療方針</p> <p>該当する場合に 印：挿管、中心静脈栄養、気管切開管理、人工肛門、胃瘻</p>											

裏面に続きます。

重症度		
1 疾患群項目	気管切開管理又は挿管を行っているもの	
2 共通項目	長期間（概ね6カ月以上）継続する状態であること	
対象部位	症状の状態	
眼	両眼の視力の和が0.04以下のもの	
聴器	両耳の聴覚レベルが100デシベル以上のもの	
上肢	両上肢の機能を全廃したもの 両上肢のすべての指を欠くもの 両上肢のすべての指の機能を全廃したもの 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の機能を全廃したもの	
下肢	両下肢の機能を全廃したもの 両下肢を足関節以上で欠くもの	
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないもの 臥位又は座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの	
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、上記と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	
その他 具体的に記載してください。		
治療見込 期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）
上記の通り診断する。平成 年 月 日		
医療機関所在地 名称 電話番号		
医師氏名		
印		

***記載要領**

注) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入して下さい。