

自立支援医療(更生医療)意見書 (小腸機能障害)

北海道立心身障害者総合相談所

区 分	新 規 ・ 内容変更 ・ 期間延長		
氏 名			市町村名
生年月日	年 月 日 (歳)		男 ・ 女
障 害 名			障害 等級 級
原傷病名			
障害現症 及び 治療経過	裏面の臨床所見も記載すること。ただし、合併症等により期間延長の場合は不要。		
既手術年月日	年 月 日 (手術名) 年 月 日 (手術名)		
医療の 具体的方針	手術名及び治療内容を記載すること。		
治療開始 予定日及び期間	入 院	年 月 日 開始予定・	ヵ月間
	通 院	〔手術 年 月 日 予定〕	
	訪問看護	年 月 日 開始予定・	ヵ月間(月 回)
		年 月 日 開始予定・	ヵ月間(月 回)
回復見込み ・ 程度	現在の自覚・他覚症状の改善状況を記載すること。		
医療費概算月額	合計	手 術	万円
		処置、検査、注射、投薬	万円
		訪問看護	万円
		入 院	万円
		万円 その他()	万円
上記の治療を要する。 記 載 年 月 日 年 月 日			
指定医療機関名			
指 定 医 師 名			

裏面へ

小腸の機能障害の状況及び所見

身長	cm	体重	kg	体重減少率 (観察期間)	%)
1 小腸切除の場合					
手術所見： 切除小腸の部位				長さ	cm
残存小腸の部位				長さ	cm
< 手術施行医療機関名：>				(できれば手術記録の写しを添付する)>	
2 小腸疾患の場合					
病変部位、範囲、その他の参考となる所見					
3 中心静脈栄養法の状況					
開始日		年	月	日	
カテーテル留置部位					
装具の種類					
最近6ヵ月の実施状況		(最近6ヵ月間に		日間)	
熱量		(1日当り		Kcal)	
4 便の状態					
下痢・軟便・正常					
排便回数 (1日 回)					
5 検査所見 (測定日 年 月 日)					
赤血球数		(	$\times 10^4 / \text{mm}^3$)	血色素量 (g/dl)	
血清総蛋白濃度		(	g/dl)	血清アルブミン濃度 (g/dl)	
血清総コレステロール濃度		(	mg/dl)	中性脂肪 (mg/dl)	
血清ナトリウム濃度		(	mEq/l)	血清カリウム濃度 (mEq/l)	
血清クロール濃度		(	mEq/l)	血清マグネシウム濃度 (mEq/l)	
血清カルシウム濃度		(	mg/dl)		
6 備考					