

自立支援医療 (更生医療)

小 腸 医 学 的 意 見 (判 定) 書

氏 名		男・女	明・大・昭・平	年	月	日	生	歳
-----	--	-----	---------	---	---	---	---	---

医 学 的 所 見

原傷病名：

その原因となった疾病・外傷名：

治療経過：1) 原因となった疾病・外傷を起こした日 …………… 昭和・平成 年 月 日

2) 現在までの経過・治療内容

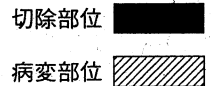
◇機能障害の状況及び所見

身長 () cm 体重 () kg 体重減少率 _____ %
(観察期間 年 ヶ月)

1. 小腸切断の場合

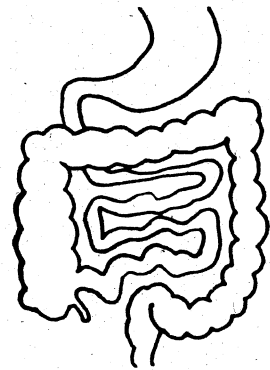
[参考図示]

(1) 手術所見・切除小腸の部位 _____ 長さ _____ cm
・残存小腸の部位 _____ 長さ _____ cm



(2) 小腸造影所見 (1)が不明のときは小腸造影の写しを添付する

推定残存小腸の長さ、その他の所見



2. 小腸疾患の場合 (注)1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。
病変部位、範囲、その他参考となる所見

3. 栄養維持の方法 (該当するものを○で囲むこと。) (注)更生医療は中心静脈栄養法及びこれに伴う医療に限る。

① 中心静脈栄養法

・開始日： 年 月 日	・最近6ヶ月間の実施状況：最近6ヶ月間に _____ 日間
・カテーテル留置部位： _____	・療法の連続性：〔 持続的 ・ 間歇的 〕
・器具の種類： _____	・熱量：1日当たり _____ kcal

② 経腸栄養法

・開始日： 年 月 日	・最近6ヶ月間の実施状況：最近6ヶ月間に _____ 日間
・カテーテル留置部位： _____	・療法の連続性：〔 持続的 ・ 間歇的 〕
・器具の種類： _____	・熱量：1日当たり _____ kcal

③ 経口摂取

・摂取の状態： (普通食 ・ 軟食 ・ 流動食 ・ 低残渣食)

・摂取量： (普通量 ・ 中等量 ・ 少量)

4. 便の病状： (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 _____ /mm³
- ・血清総蛋白濃度 _____ g/dl
- ・血清総コレステロール濃度 _____ mg/dl
- ・血清ナトリウム濃度 _____ mEq/l
- ・血清クロール濃度 _____ mEq/l
- ・血清カルシウム濃度 _____ mEq/l
- ・血色素量 _____ g/dl
- ・血清アルブミン濃度 _____ g/dl
- ・中性脂肪 _____ mg/dl
- ・血清カリウム濃度 _____ mEq/l
- ・血清マグネシウム濃度 _____ mEq/l

6. その他参考となる所見

◇今後の医療

1. 機能回復見込み：

2. 医療の具体的方針：中心静脈栄養法・

3. 医療費概算内訳 ◎医療開始予定日 平成 年 月 日

要治療日数	要入院： 日間	要通院： 日間	合計： 日間
① 初診・再診	点	⑦ 入院	点
② 投薬	点	⑧ 中心静脈栄養	点
③ 注射	点	⑨ その他	点
④ 手術・処置・麻酔	点		
⑤ 検査	点	健保点数合計	点
⑥ レントゲン	点	合計点数×10	円

平成 年 月 日

診察結果による医学的所見は上記のとおりです。 医療機関名：

電話： () -

医師名： ㊞

※以下は、障害者更生相談所の記入欄です。

《医学判定》

平成 年 月 日

自立支援医療（更生医療）が必要であると [認めます ・ 認めません]。

神戸市障害者更生相談所 医師名 ㊞