

## 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	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	( 歳) 男・女
障 害 名			障害等級
原傷病名			級
障害現症 及 び 治療経過	裏面の臨床所見も記入すること。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	昭和・平成	年 月 日	(手術名)
	昭和・平成	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入すること。		
治療開始 予 定 日 及 び 期 間	入 院	平成	年 月 日開始予定・ カ月間
			[手術/平成 年 月 日予定]
	通 院	平成	年 月 日開始予定・ カ月間 (月 回)
	訪問看護	平成	年 月 日開始予定・ カ月間 (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入すること。		
医 療 費 概算月額	合計  万円	手 術	万円
		処置・検査・注射・投薬	万円
		入 院	万円
		その他 ( )	万円
上記の治療を要する。			
記 載 年 月 日                      平成 年 月 日			
指定医療機関名			
指 定 医 師 名			

## 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					
(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
<手術施行医療機関名				(できれば手術記録の写を添付する) >	
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ヶ月間の実施状況		(最近6ヶ月間に		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		mm <sup>3</sup>	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			
備考					