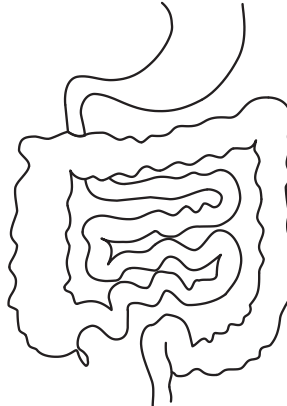




自立支援医療（更生医療）意見書（小腸機能障害）

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。 栄養法（中心静脈栄養・経腸栄養・その他）		
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・	ヵ月間 〔手術／平成 年 月 日予定〕
	通 院	平成 年 月 日開始予定・	ヵ月間（月 回）
	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	手 術	万円
		処置・検査・注射・投薬	万円
	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					
(注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること [参考図示]					
			切除部位  病変部位 		
3 栄養維持の方法 (該当事項に○をする)					
① 中心静脈栄養法：					
・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)					
② 経腸栄養法：					
・開始日 年 月 日					
・カテーテル留置部位					
・最近 6 ヶ月間の実施状況 (最近 6 ヶ月間に 日間)					
・療法の連続性 (持続的・間歇的)					
・熱量 (1 日当り 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 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		mEq/l			