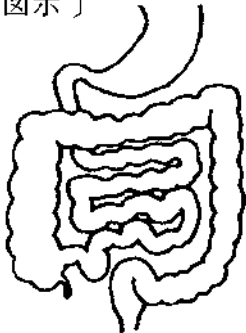


身体障害者診断書・意見書

(小腸機能障害用)

[illegible]

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					
ア	切除小腸の部位	部位：_____			
		長さ：() cm			
イ	残存小腸の部位	部位：_____			
		長さ： ☐ 75cm 未満 (乳幼児期は 30cm 未満)			
		☐ 75cm 以上 150cm 未満 (乳幼児期は 30cm 以上 75cm 未満)			
(手術施行医療機関名 _____ (手術記録の写しを添付してください。))					
(2) 小腸造影所見 ((1) が不明なときは、小腸造影の写しを添付してください。)					
推定残存小腸の長さ、その他の所見					
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					
備考 1 及び 2 が併存する場合はその旨を記入してください。					
〔参考図示〕  切除部位 病変部位 					
3 栄養維持の方法 (該当する項目を○で囲んでください。)					
(1) 中心静脈栄養法					
ア	開始日	年	月	日	
イ	カテーテル留置部位	_____			
ウ	装具の種類	_____			
エ	最近 6 箇月間の実施状況	(最近 6 箇月間に _____ 日間)			
オ	療法の連続性	(持続的 ・ 間欠的)			
カ	熱量	(1 日当たり _____ kcal)			
(2) 経腸栄養法					
ア	開始日	年	月	日	
イ	カテーテル留置部位	_____			
ウ	最近 6 箇月間の実施状況	(最近 6 箇月間に _____ 日間)			
エ	療法の連続性	(持続的 ・ 間欠的)			
オ	熱量	(1 日当たり _____ kcal)			
(3) 経口摂取					
ア	摂取の状態	(普通食、軟食、流動食、低残渣 ^さ 食)			
イ	摂取量	(普通量、中等量、少量)			
(4) 栄養法の割合					
ア	経口摂取	(_____ %)			
イ	経静脈栄養法	(_____ %)			

4 便の性状 (下痢、軟便、正常)、排便回数 (1日 回)			
5 検査所見 (測定日 年 月 日)			
ア	赤血球数	/mm ³	キ 血色素量 g/dl
イ	血清総たん白濃度	g/dl	ク 血清アルブミン濃度 g/dl
ウ	血清総コレステロール濃度	mg/dl	ケ 中性脂肪 mg/dl
エ	血清ナトリウム濃度	mEq/l	コ 血清カリウム濃度 mEq/l
オ	血清クロール濃度	mEq/l	サ 血清マグネシウム濃度 mEq/l
カ	血清カルシウム濃度	mEq/l	
備考 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいいます。 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとします。 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいいます。 4 小腸切除（施行規則別表第5号の身体障害者障害程度等級表の1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を必要とします。 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとします。			