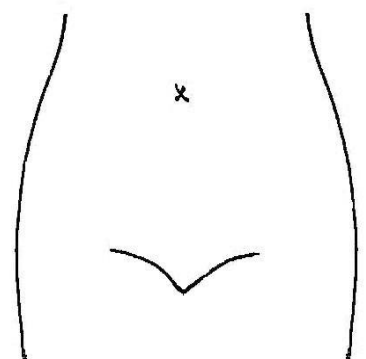


ぼうこう又は直腸機能障害診断書

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	(歳)												
障害名																		
原因となった 疾病・外傷名等	分類： <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">・感染症</td> <td style="border: none;">・中毒性疾患</td> <td style="border: none;">・その他の疾病</td> <td style="border: none;">・出生時の損傷</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">・交通事故</td> <td style="border: none;">・労働災害</td> <td style="border: none;">・スポーツ事故</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">・先天性</td> <td style="border: none;">・その他 (</td> <td style="border: none;">)</td> <td style="border: none;">・不明</td> </tr> </table>						・感染症	・中毒性疾患	・その他の疾病	・出生時の損傷	・交通事故	・労働災害	・スポーツ事故		・先天性	・その他 ()	・不明
・感染症	・中毒性疾患	・その他の疾病	・出生時の損傷															
・交通事故	・労働災害	・スポーツ事故																
・先天性	・その他 ()	・不明															
発症・発生時期	年 月 日 (頃)																	
障害の種類	1. 障害の種類 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> (1) 尿路変向 (更) のストマ造設 ア 腎瘻 イ 腎盂瘻 ウ 尿管瘻 エ 回腸 (結腸) 導管 オ 膀胱瘻 </td> <td style="width: 50%; border: none;"> (2) 人工肛門のストマ造設 ア 回腸 イ 上行・横行結腸 ウ 下行・S字結腸 (3) 二分脊椎による膀胱直腸麻痺 (4) その他の排泄機能障害 </td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <ストマ又は瘻口の状況>  </div> 2. ストマ又は瘻口の状況及び所見 部位 (図示) ・数 _____ 個 (単孔式・双孔式)						(1) 尿路変向 (更) のストマ造設 ア 腎瘻 イ 腎盂瘻 ウ 尿管瘻 エ 回腸 (結腸) 導管 オ 膀胱瘻	(2) 人工肛門のストマ造設 ア 回腸 イ 上行・横行結腸 ウ 下行・S字結腸 (3) 二分脊椎による膀胱直腸麻痺 (4) その他の排泄機能障害										
(1) 尿路変向 (更) のストマ造設 ア 腎瘻 イ 腎盂瘻 ウ 尿管瘻 エ 回腸 (結腸) 導管 オ 膀胱瘻	(2) 人工肛門のストマ造設 ア 回腸 イ 上行・横行結腸 ウ 下行・S字結腸 (3) 二分脊椎による膀胱直腸麻痺 (4) その他の排泄機能障害																	
ストマ又は瘻口の状況	(ストマ造設日及び瘻口発症日： 年 月 日)																	
部位						数 ()												
大きさ	_____ cm × _____ cm																	
皮膚面からの高さ																		
異常所見	(ア) 陥凹 (没) : あり () ・ なし (イ) 狭窄 : あり () ・ なし (ウ) 脱出 (腸管) : あり () ・ なし (エ) ヘルニア : あり () ・ なし																	
ストマ又は瘻口周辺の皮膚の状況																		
装具の使用状況	交換頻度： _____ 回/day, 洗腸：																	

排尿機能障害の状況	失禁の有無	あり・なし	1日の導尿回数	回/day	
	1日の自尿量	cc/day	1日の尿量	cc/day	残尿量 cc/day
	自己導尿または留置カテーテルの有無		あり()・なし		
	排尿方法	・普通排尿・用手排尿()・自己導尿・介護者による導尿 ・膀胱瘻増設・留置カテーテル・その他()			
排便機能障害の状況	失禁の有無	あり・なし	便秘の有無	あり・なし	
	肛門周囲の皮膚のびらんの有無		あり()・なし		
内服薬、外用薬等の使用状況	あり	内容： []			・なし
身体活動の制限	要	内容： []			・不要
ぼうこう又は直腸管理についての所見					
主な理学的所見及び検査結果			(検査日： 年 月 日)		
腹部所見					
尿検査	蛋白：()，糖：()，潜血：()，沈渣：()				
血液検査	白血球数：____/μl，赤血球数：____×10 ⁴ /μl，血色素：____g/dl，Ht：____%				
検査値	TP：____g/dl， Alb：____g/dl， BUN：____mg/dl， Cr：____mg/dl， Na：____mEq/l， K：____mEq/l， Cl：____mEq/l				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 (〒) 住 所 (TEL： - -) (FAX： - -) 医師氏名 印					

(裏面)