

告示番号		18		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		19 新生児ヘモクロマトーシス							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能							運動制限の必要性		なし ・ あり		
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症 状		消化器		白色便：[ なし ・ あり ] 観察日：( 年 月 日 ) 便色カード：( ) 番									
				黄疸：球結膜：[ なし ・ あり ] 皮膚：[ なし ・ あり ]									
				その他部位：( )									
				肝萎縮 (触診)：[ なし ・ あり ] 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		詳細：( )									
意識障害：[ なし ・ あり ] 観察日：( 年 月 日 ) 肝性昏睡分類 (小児)：( ) 度													
その他		詳細：( )											
		症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状		消化器		白色便：[ なし ・ あり ] 観察日：( 年 月 日 ) 便色カード：( ) 番									
				黄疸：球結膜：[ なし ・ あり ] 皮膚：[ なし ・ あり ]									
				その他部位：( )									
				肝萎縮 (触診)：[ なし ・ あり ] 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		詳細：( )									
意識障害：[ なし ・ あり ] 観察日：( 年 月 日 ) 肝性昏睡分類 (小児)：( ) 度													
その他		詳細：( )											
		症状 (その他)：( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		血清総蛋白：( )g/dL 血清アルブミン：( )g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil)：( )mg/dL											
		血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL D／T比：( )											
		AST：( )U/L ALT：( )U/L LDH：( )U/L											
		γ-GTP：( )U/L 総胆汁酸：( )μmol/L アンモニア (NH3)：( )μg/dL											
		BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL											
		PT：( )秒 PT：( )% PT-INR：( )											
		フェリチン：( )ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)：( )ng/mL・未実施											
病理検査		口唇生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
画像検査		超音波検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											

受給者番号（		）		患者氏名（		）															
告示番号	18	慢性消化器疾患（				） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2													
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（								）												
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
血液検査	血清総蛋白：（		）g/dL		血清アルブミン：（		）g/dL		血清総ビリルビン（T-Bil）：（	）mg/dL											
	血清直接ビリルビン（D-Bil）：（		）mg/dL						D／T比：（		）										
	AST：（		）U/L		ALT：（		）U/L		LDH：（		）U/L										
	γ-GTP：（		）U/L		総胆汁酸：（		）μmol/L		アンモニア（NH3）：（		）μg/dL										
	BUN：（		）mg/dL		血清クレアチニン：（		）mg/dL														
	PT：（		）秒		PT：（		）%		PT-INR：（		）										
	フェリチン：（		）ng/mL・未実施		α-フェトプロテイン（AFP）：（		）ng/mL・未実施														
病理検査	口唇生検：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：（					年		月		日）							
	所見：（												）								
画像検査	超音波検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：（					年		月		日）							
	所見：（												）								
	超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：（					年		月		日）							
	所見：（												）								
	CTまたはMRI検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：（					年		月		日）							
	所見：（												）								
	CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：（					年		月		日）							
	所見：（												）								
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（								）												
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
合併症	合併症：[ なし ・ あり ]																				
	詳細：（								）												
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]																				
	詳細：（								）												
出生歴	胎児水腫：[ なし ・ あり ]																				
	詳細：（								）												
経過（申請時） ※直近の状況を記載																					
薬物療法	薬物療法：[ なし ・ あり ]																				
	詳細：（								）												
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]				導入年月：（		年		月）												
	血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]				導入年月：（		年		月）												
移植	肝移植：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：（					年		月		日）							
治療	治療（その他）：（								）												
今後の治療方針	今後の治療方針：（								）												
	治療見込み期間（入院）		開始日：（		年		月		日）		終了日：（		年		月		日）				
	治療見込み期間（外来）		開始日：（		年		月		日）		終了日：（		年		月		日）		通院頻度：（		）回／月
医療機関・医師署名																					
上記の通り診断します。																					
医療機関名				記載年月日				年		月		日									
医療機関住所				診療科																	
				医師名										(印)							
				小児慢性特定疾病 指定医番号（																	