

告示番号		14		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		21 原発性硬化性胆管炎							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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
		年 月 日						年 月 日		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		全身		易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
		消化器		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] 詳細 : ()									
		筋・骨格		関節痛 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
その他		症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		全身		易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
		消化器		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] 詳細 : ()									
		筋・骨格		関節痛 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
その他		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		白血球数 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 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 AST : () U/L ALT : () U/L LDH : () U/L γ -GTP : () U/L ALP : () U/L 総胆汁酸 : () μ mol/L アンモニア (NH3) : () μ g/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 血清IgG : () mg/dL 血清IgA : () mg/dL 血清IgM : () mg/dL 赤沈 (1 時間値) : () mm/h 抗 LKM-1 抗体 : () (インデックス値) 抗平滑筋抗体 : () 倍 抗ミトコンドリア抗体 : () 倍											
		抗核抗体 : () 倍 ・ 未実施 染色型 : [均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型] 染色型 (その他) : ()											
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号	14	慢性消化器疾患							
画像検査	超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	内視鏡検査（消化管）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方] 所見：（ ）								
	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	磁気共鳴胆管膵管撮影（MRCP）：[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）：（ ）								
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載									
血液検査	白血球数：（ ）/μL ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 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 ALT：（ ）U/L D／T比：（ ） AST：（ ）U/L ALP：（ ）U/L LDH：（ ）U/L γ-GTP：（ ）U/L BUN：（ ）mg/dL 総胆汁酸：（ ）μmol/L アンモニア（NH3）：（ ）μg/dL PT：（ ）% 血清クレアチニン：（ ）mg/dL PT：（ ）秒 α-フェトプロテイン（AFP）：（ ）ng/mL・未実施 PT-INR：（ ） フェリチン：（ ）ng/mL・未実施 血清IgA：（ ）mg/dL 血清IgM：（ ）mg/dL 血清IgG：（ ）mg/dL 赤沈（1時間値）：（ ）mm/h 抗ミトコンドリア抗体：（ ）倍 抗LKM-1抗体：（ ）（インデックス値） 抗平滑筋抗体：（ ）倍								
	抗核抗体：（ ）倍・未実施 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型] 染色型（その他）：（ ）								
	病理検査	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（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）							
		内視鏡検査（消化管）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方] 所見：（ ）							
		CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）							
		内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）							
		磁気共鳴胆管膵管撮影（MRCP）：[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：（ ）								
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（			）			