

告示番号		43		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		32 門脈・肝動脈瘻						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		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
				易疲労性 : [なし ・ あり]											
				詳細 : ()											
		消化器		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり]											
				詳細 : ()											
				吐下血 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()													
		呼吸器・循環器		下気道感染の頻度 : [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
呼吸困難 (労作時) : [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		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
				易疲労性 : [なし ・ あり]											
				詳細 : ()											
		消化器		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり]											
				詳細 : ()											
				吐下血 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()													
		呼吸器・循環器		下気道感染の頻度 : [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
呼吸困難 (労作時) : [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				ヘマトクリット (Ht) : () %					
		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									
		D/T比 : ()				AST : () U/L				ALT : () U/L					
		LDH : () U/L				γ -GTP : () U/L				ChE : () U/L					
		総胆汁酸 : () μ mol/L				アンモニア (NH3) : () μ g/dL				総コレステロール : () mg/dL					
		BUN : () mg/dL				血清クレアチニン : () mg/dL				PT : () 秒					
		PT : () %				PT-INR : ()				HPT : () %					
		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									
		画像検査		単純X線検査 (胸腹部) : [未実施 ・ 実施]						実施日 : () 年 月 日					
				所見 : ()											
		画像検査		超音波検査 (心臓) : [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		43		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	
画像検査	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（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）：（ ）														
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載															
血液検査	白血球数：（ ）/μL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL D／T比：（ ） LDH：（ ）U/L 総胆汁酸：（ ）μmol/L BUN：（ ）mg/dL PT：（ ）% フェリチン：（ ）ng/mL・未実施	ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血清総蛋白：（ ）g/dL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL AST：（ ）U/L γ-GTP：（ ）U/L アンモニア（NH3）：（ ）μg/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL PT-INR：（ ） α-フェトプロテイン（AFP）：（ ）ng/mL・未実施	ヘマトクリット（Ht）：（ ）% 血清アルブミン：（ ）g/dL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL ALT：（ ）U/L ChE：（ ）U/L 総コレステロール：（ ）mg/dL PT：（ ）秒 HPT：（ ）% 総コレステロール：（ ）mg/dL												
画像検査	単純X線検査（胸腹部）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）										所見：（ ）			
	超音波検査（心臓）：[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（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：（ ）														
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：（ ）														
カテーテル治療	Interventional radiology（IVR）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 所見：（ ）														
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 医療機関住所 記載年月日 年（ ）月（ ）日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）															
(印)															