

告示番号		42		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		30 門脈圧亢進症（バンチ（Banti）症候群を含む。）							受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名		
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → ()					
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（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	黄疸：球結膜：[なし ・ あり] 皮膚：[なし ・ あり] その他部位：()											
		肝腫大（触診）：[なし ・ あり] 詳細：()											
		吐下血：[なし ・ あり] 詳細：()											
	その他	症状（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 ヘマトクリット (Ht)：()% 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 D／T比：() AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L ChE：()U/L ZTT：()U 総胆汁酸：()μmol/L アンモニア (NH3)：()μg/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 ヒアルロン酸：()ng/mL AST to platelet ratio index (APRI)：()											
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：()											
		内視鏡検査（上部消化管）：[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：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	42	慢性消化器疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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)						
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 内視鏡的結紮術：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
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 ()			