

告示番号		19		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		28 先天性肝線維症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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]											
		反復する発熱と腹痛 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		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 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血小板数 : () $\times 10^4$ / μ 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 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 : () 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 CRP : () mg/dL											
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 : ()											
		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	19	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：()					
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					
	小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)					