

告示番号		8		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		25 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症						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 ]											
		易疲労性 : [ なし ・ あり ]											
		詳細 : ( )											
	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 ]											
	その他	詳細 : ( )											
症状 (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 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-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		肝生検 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
画像検査		単純X線検査 (胸部) : [ 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 検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )											
		内視鏡検査 (食道) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
眼科学的検査		眼科学的検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [ 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) : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	8	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
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			
医療機関住所				年    月    日			
				診療科			
				医師名			
				(印)			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (    )			