

告示番号 17		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	19 急性肝不全 (昏睡型)					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									
発症時期	発症時期:(歳 月)								
症状	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:()							
	皮膚・粘膜	肝萎縮(触診):[なし・あり]		詳細:()					
		皮膚粘膜の出血症状:[なし・あり]		詳細:()					
精神・神経	意識障害:[なし・あり]		観察日:(年 月 日)		肝性昏睡分類(小児):() 度				
	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	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:()							
	皮膚・粘膜	肝萎縮(触診):[なし・あり]		詳細:()					
		皮膚粘膜の出血症状:[なし・あり]		詳細:()					
精神・神経	意識障害:[なし・あり]		観察日:(年 月 日)		肝性昏睡分類(小児):() 度				
	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	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		D/T比:()		LDH:()U/L
	γ-GTP:()U/L		総胆汁酸:()μmol/L		アンモニア(NH3):()μg/dL		PT:()秒		
	BUN:()mg/dL		血清クレアチニン:()mg/dL		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								
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検査(頭部):[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	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 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
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検査 (頭部)：[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：()
家族歴	肝疾患の家族歴：[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 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 ()