

病名	19 急性肝不全 (昏睡型)					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	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]									
	詳細:()									
皮膚・粘膜	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 (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)
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 ()			