

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 (継続申請用)		1/2			
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: ()									
	皮膚・粘膜	肝萎縮 (触診): [なし ・ あり]									
		詳細: ()									
精神・神経	皮膚粘膜の出血症状: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	意識障害: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日)										
その他	肝性昏睡分類 (小児): () 度 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			AST: () U/L			ALT: () U/L			D/T比: ()	
	γ-GTP: () U/L			総胆汁酸: () μmol/L			LDH: () U/L				
	BUN: () mg/dL			血清クレアチニン: () mg/dL			アンモニア (NH3): () μg/dL				
	PT: () %			PT-INR: ()			PT: () 秒				
	α-フェトプロテイン (AFP): () ng/mL ・ 未実施						フェリチン: () 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: ()										
検査所見 (その他)	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					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 (