

告示番号		44		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	20 新生児ヘモクロマトーシス								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		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													
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] 肝腫大 (触診): [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: ()											
		肝萎縮 (触診): [なし ・ あり] 肝腫大 (触診): [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: ()			
血液検査	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						
血液検査	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									
病理検査	口唇生検: [未実施 ・ 実施]						実施日: (年 月 日)						
	所見: ()												
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 (頭部): [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: ()												
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]						実施日: (年 月 日)						
	所見: ()												
画像検査	CTまたはMRI検査 (腹部): [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	AST: ()U/L	D/T比: ()
	γ-GTP: ()U/L	ALT: ()U/L	LDH: ()U/L
	BUN: ()mg/dL	総胆汁酸: ()μmol/L	アンモニア (NH3): ()μg/dL
	PT: ()秒	血清クレアチニン: ()mg/dL	PT-INR: ()
	フェリチン: ()ng/mL・未実施	PT: ()%	
		α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施	

病理検査
 口唇生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

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 (頭部): [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またはMRI検査 (頭部): [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: ()

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
 本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
 詳細: ()

出生歴
 胎児水腫: [なし ・ あり]
 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 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 ()