

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:()									
	精神・神経	肝萎縮(触診):[なし・あり]	肝腫大(触診):[なし・あり]								
詳細:()											
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:()									
	精神・神経	肝萎縮(触診):[なし・あり]	肝腫大(触診):[なし・あり]								
詳細:()											
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	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									
	その他										
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 (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()