

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 (継続申請用)		1/2	
病名	20 新生児ヘモクロマトーシス								受付種別	<input type="checkbox"/> 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			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: ()											
	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 (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: () 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: ()											
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 ()