

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		
		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] 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(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:()	
病理検査	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				
	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							
	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 ()