

告示番号		43		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	21 自己免疫性肝炎							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		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	全身	易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	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: ( )											
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ] 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	白血球数: ( ) / $\mu$ L			ヘモグロビン ( Hb ): ( ) g/dL			血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L			血清総ビリルビン ( T-Bil ): ( ) mg/dL			
	血清総蛋白: ( ) g/dL			血清アルブミン: ( ) g/dL			D / T 比: ( )			LDH: ( ) U/L			
	血清直接ビリルビン ( D-Bil ): ( ) mg/dL			AST: ( ) U/L			ALT: ( ) U/L			総胆汁酸: ( ) $\mu$ mol/L			
	AST: ( ) U/L			$\gamma$ -GTP: ( ) U/L			ALP: ( ) U/L			血清クレアチニン: ( ) mg/dL			
	アンモニア ( NH <sub>3</sub> ): ( ) $\mu$ g/dL			BUN: ( ) mg/dL			PT: ( ) 秒			PT-INR: ( )			
	PT: ( ) 秒			フェリチン: ( ) ng/mL ・ 未実施			$\alpha$ -フェトプロテイン ( AFP ): ( ) ng/mL ・ 未実施			血清IgM: ( ) mg/dL			
	血清IgG: ( ) mg/dL			血清IgA: ( ) mg/dL			赤沈 ( 1 時間値 ): ( ) mm/h			抗平滑筋抗体: ( ) 倍			
	抗ミトコンドリア抗体: ( ) 倍			抗LKM-1抗体: ( ) ( インデックス値 )			抗核抗体: ( ) 倍 ・ 未実施			染色型 ( その他 ): ( )			
	抗核抗体: ( ) 倍 ・ 未実施			染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ]									
	染色型 ( その他 ): ( )												
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 ( 腹部 ): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )			所見: ( )				
	CT 検査 ( 腹部 ): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )			所見: ( )				
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 ( ERCP ): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )			所見: ( )				
	磁気共鳴胆管膵管造影 ( MRCP ): [ 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 ): ( )												

告示番号 <b>43</b> 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) <b>2/2</b>	
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: ( )
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 ( )