

告示番号		42		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)		1/3	
病名	22 原発性硬化性胆管炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月			日	
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	%			
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	治療 ・ 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													
最終受診日	(年 月 日)												
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): ()												
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 (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	白血球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL									
	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		D/T比: ()							
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL	AST: ()U/L		ALT: ()U/L		LDH: ()U/L							
	γ-GTP: ()U/L	ALP: ()U/L		総胆汁酸: ()μmol/L									
	アンモニア (NH ₃): ()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											
	血清IgG: ()mg/dL	血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL									
	赤沈 (1時間値): ()mm/h	抗ミトコンドリア抗体: ()倍		抗LKM-1抗体: () (インデックス値)		抗平滑筋抗体: ()倍							
	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: ()												

告示番号	42	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)	2/3
画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()				
	内視鏡検査 (消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : [上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方] 所見 : ()				
	CT検査 (頭部) : [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) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	白血球数 : () / μ L				
	ヘモグロビン (Hb) : () g/dL				
	血小板数 : () $\times 10^4$ / μ L				
	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				
	ALP : () U/L				
総胆汁酸 : () μ mol/L					
アンモニア (NH ₃) : () μ g/dL					
BUN : () mg/dL					
血清クレアチニン : () mg/dL					
PT : () 秒					
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					
血清IgG : () mg/dL					
血清IgA : () mg/dL					
血清IgM : () mg/dL					
赤沈 (1時間値) : () mm/h					
抗ミトコンドリア抗体 : () 倍					
抗LKM-1抗体 : () (インデックス値)					
抗平滑筋抗体 : () 倍					
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 : ()				
	内視鏡検査 (消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : [上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方] 所見 : ()				
	CT検査 (頭部) : [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) : ()				
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				
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 ()				

告示番号	42	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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日