

病名	22 原発性硬化性胆管炎					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	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:()/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			
	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			
	アンモニア(NH3):()μg/dL			ALP:()U/L			総胆汁酸:()μmol/L			
	PT:()秒			BUN:()mg/dL			血清クレアチニン:()mg/dL			
	フェリチン:()ng/mL・未実施			PT-INR:()			α-フェトプロテイン(AFP):()ng/mL・未実施			
	血清IgG:()mg/dL			血中IgA:()mg/dL			血清IgM:()mg/dL			
	赤沈(1時間値):()mm/h			抗LKM-1抗体:()倍			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 ()

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 ()