

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 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>22 原発性硬化性胆管炎</b>					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 <sup>4</sup> /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		ALT:( )U/L		LDH:( )U/L		D/T比:( )			
	γ-GTP:( )U/L	ALP:( )U/L		BUN:( )mg/dL		総胆汁酸:( )μmol/L		血清クレアチニン:( )mg/dL			
	アンモニア(NH3):( )μg/dL	PT:( )秒		PT-INR:( )		α-フェトプロテイン(AFP):( )ng/mL・未実施		血清IgM:( )mg/dL			
	フェリチン:( )ng/mL・未実施	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:( )倍		(インデックス値)		抗核抗体:( )倍・未実施		染色型(その他):( )			
	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 ]							
	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 ]						
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:( )						
CT検査(頭部):[ 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>42</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 ( )