

告示番号		11		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)		1/2	
病名	24 アラジール (Alagille) 症候群										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
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 ( 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													
症状	全身	低身長 ( -2.0SD 以下 ) : [ なし ・ あり ]											
		易疲労性 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	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 : ( )											
その他	特徴的な顔貌 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )												
	症状 ( その他 ) : ( )												
臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	低身長 ( -2.0SD 以下 ) : [ なし ・ あり ]											
		易疲労性 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	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 : ( )											
その他	特徴的な顔貌 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )												
	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	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			総胆汁酸 : ( ) μmol/L			アンモニア ( NH3 ) : ( ) μg/dL						
	総コレステロール : ( ) mg/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									
病理検査	肝生検 : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )									
画像検査	単純 X 線検査 ( 胸部 ) : [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日 : ( 年 月 日 )									

告示番号 **11** 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) **2/2**

画像検査	超音波検査 (心臓): [ 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: ( )
	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: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 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	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	総胆汁酸: ( )μmol/L	アンモニア (NH3): ( )μg/dL
	総コレステロール: ( )mg/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	

病理検査	肝生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
------	---

画像検査	単純X線検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	超音波検査 (心臓): [ 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: ( )
	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: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )

眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
--------	--

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 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

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 ( \_\_\_\_\_ )