

病名	25 肝内胆管減少症			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

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
	血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL	AST : () U/L	ALT : () U/L
	AST : () U/L	γ-GTP : () U/L	総胆汁酸 : () μmol/L
	γ-GTP : () U/L	総コレステロール : () mg/dL	BUN : () mg/dL
	総コレステロール : () mg/dL	PT : () 秒	PT : () %
	PT : () 秒	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
	フェリチン : () ng/mL ・ 未実施		

告示番号 12 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

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：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	内視鏡検査 (食道)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	内視鏡検査 (食道)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)