

| 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 (継続申請用) | | 1/2 | |
|--------------------------|--|--|---------------------|---------------------------|-------------|--------------------------------|---|-------------------|--------------------|--|--|-----|--|
| 病名 | 25 肝内胆管減少症 | | | | | | | | 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 | 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 (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 | | | 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 | | | 血清クレアチニン: ()mg/dL | | | | |
| 総コレステロール: ()mg/dL | | | BUN: ()mg/dL | | | PT: ()秒 | | | PT-INR: () | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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): () | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 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 (継続申請用) 2/2 | |
| 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 () |