

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	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				
	血清直接ビリルビン(D-Bil): ()mg/dL		AST: ()U/L		ALT: ()U/L		D/T比: ()		LDH: ()U/L
病理検査	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						
画像検査	肝生検: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
	単純X線検査(胸部): [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
	超音波検査(心臓): [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
	超音波検査(腹部): [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
	CT検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
眼科学的検査	内視鏡検査(食道): [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
	眼科学的検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)						
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 ()