

病名	27 先天性多発肝内胆管拡張症 (カロリ (Caroli) 病)					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	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 ]									
		反復する発熱と腹痛: [ なし・あり ] 詳細: ( )									
		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: ( )									
		肝腫大(触診): [ なし・あり ] 詳細: ( )									
		吐下血: [ なし・あり ] 詳細: ( )									
その他	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 ]									
		反復する発熱と腹痛: [ なし・あり ] 詳細: ( )									
		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: ( )									
		肝腫大(触診): [ なし・あり ] 詳細: ( )									
		吐下血: [ なし・あり ] 詳細: ( )									
その他	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	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			D/T比: ( )				
	γ-GTP: ( )U/L			ALT: ( )U/L			LDH: ( )U/L				
	総コレステロール: ( )mg/dL			総胆汁酸: ( )μmol/L			アンモニア(NH3): ( )μg/dL				
	PT: ( )秒			BUN: ( )mg/dL			血清クレアチニン: ( )mg/dL				
	フェリチン: ( )ng/mL・未実施			PT: ( )%			PT-INR: ( )				
	CRP: ( )mg/dL			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	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	内視鏡検査 (上部消化管) : [ 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	白血球数 : ( ) / $\mu$ L	ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL	血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	
	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 : ( )
	AST : ( ) U/L	ALT : ( ) U/L	LDH : ( ) U/L	アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ g/dL
	$\gamma$ -GTP : ( ) U/L	総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L	BUN : ( ) mg/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	PT : ( ) %	フェリチン : ( ) ng/mL ・ 未実施	$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( ) ng/mL ・ 未実施
	フェリチン : ( ) ng/mL ・ 未実施	$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( ) ng/mL ・ 未実施	CRP : ( ) mg/dL	
	CRP : ( ) mg/dL			

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 : ( )
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	内視鏡検査 (上部消化管) : [ 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 ( )		