

告示番号		14		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	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"/> 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]											
		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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	白血球数 : () / μ L			ヘモグロビン (Hb) : () g/dL			血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L			血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL			
	血清総蛋白 : () g/dL			血清アルブミン : () g/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			
	AST : () U/L			γ -GTP : () U/L			総胆汁酸 : () μ mol/L			アンモニア (NH ₃) : () μ g/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									
	CRP : () mg/dL												
	病理検査	肝生検 : [未実施 ・ 実施]						実施日 : (年 月 日)					
画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]						実施日 : (年 月 日)						
	CT または MRI 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]						実施日 : (年 月 日)						
	内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施]						実施日 : (年 月 日)						
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 ()