

病名	<b>27 先天性多発肝内胆管拡張症 (カロリ (Caroli) 病)</b>			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	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 (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 : ( )
		吐血血 : [ 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 : ( ) / $\mu$ 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		D/T比 : ( )
	AST : ( ) U/L	ALT : ( ) U/L	LDH : ( ) U/L
	$\gamma$ -GTP : ( ) U/L	総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L	アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ 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	$\alpha$ -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 )	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 ( )