

病名	<b>28 先天性胆道拡張症</b>					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	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										
診断のきっかけ	出生前診断:[ なし・あり ] 黄疸:[ なし・あり ] 腹部腫瘤:[ なし・あり ] 腹痛:[ なし・あり ] 嘔吐:[ なし・あり ] 発熱:[ なし・あり ] 淡黄色から灰白色便の便色異常:[ なし・あり ] 超音波検査所見:[ なし・あり ] 診断のきっかけ(その他):( )									
症状	全身	低身長(-1.5SD以下):[ なし・あり ] 低体重(-1.5SD以下):[ なし・あり ] 発熱:[ なし・あり ] 出血傾向:[ なし・あり ]								
	消化器	腹痛:[ なし・あり ] 黄疸:[ なし・あり ] 肝腫大(触診):[ なし・あり ] 脾腫大:[ なし・あり ] 肝内結石:[ なし・あり ] 肝内胆管拡張:[ なし・あり ] 胆管気腫像:[ なし・あり ] 脾石:[ なし・あり ] 脾管拡張:[ なし・あり ] 脾腫大:[ なし・あり ] 脾萎縮:[ なし・あり ] 消化管出血:[ なし・あり ]								
	精神・神経	肝性脳症:[ なし・あり ]								
	その他	腹水:[ なし・あり ] 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(-1.5SD以下):[ なし・あり ] 低体重(-1.5SD以下):[ なし・あり ] 発熱:[ なし・あり ] 出血傾向:[ なし・あり ]								
	消化器	腹痛:[ なし・あり ] 黄疸:[ なし・あり ] 肝腫大(触診):[ なし・あり ] 脾腫大:[ なし・あり ] 肝内結石:[ なし・あり ] 肝内胆管拡張:[ なし・あり ] 胆管気腫像:[ なし・あり ] 脾石:[ なし・あり ] 脾管拡張:[ なし・あり ] 脾腫大:[ なし・あり ] 脾萎縮:[ なし・あり ] 消化管出血:[ なし・あり ]								
	精神・神経	肝性脳症:[ なし・あり ]								
	その他	腹水:[ なし・あり ] 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 赤血球数:( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン(Hb):( )g/dL ヘマトクリット(Ht):( )% 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 ALT:( )U/L γ-GTP:( )U/L 血清アミラーゼ:( )U/L 血清リパーゼ:( )U/L									
病理検査	肝生検:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )									
画像検査	経皮経管胆道造影:[ 未実施・実施 ] 超音波検査(腹部):[ 未実施・実施 ] CT検査(腹部):[ 未実施・実施 ] MRI検査(腹部):[ 未実施・実施 ] 内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP):[ 未実施・実施 ] 術中胆道造影:[ 未実施・実施 ] 画像検査(その他):[ 未実施・実施 ] 検査名:( ) 画像検査:拡張の形態:[ 嚢胞型・紡錘型・円筒型 ] 拡張の形態(その他):( ) 拡張胆管の最大径:( )mm 膵胆管合流異常の有無:[ なし・あり ] 所見(その他):( )									
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：( )/μL	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	ヘマトクリット (Ht)：( )%	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	ALT：( )U/L	γ-GTP：( )U/L
	血清アマラーゼ：( )U/L	血清リパーゼ：( )U/L	

病理検査	肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

画像検査	経皮経管胆道造影：[ 未実施 ・ 実施 ]	超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]	CT検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]
	MRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[ 未実施 ・ 実施 ]	術中胆道造影：[ 未実施 ・ 実施 ]
	画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]	検査名：( )	
	画像検査：拡張の形態：[ 嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型 ] 拡張の形態 (その他)：( )	拡張胆管の最大径：( )mm	膵胆管合流異常の有無：[ なし ・ あり ]

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：( )

重症度分類	下記のいずれかを選択	
	<input type="checkbox"/> 軽度	分流手術等により先天性胆道拡張症に起因する症状・所見がなく、その後の治療を必要としない状態
	<input type="checkbox"/> 中等度	分流手術後も先天性胆道拡張症に起因する症状・所見のため、直近1年間に1回以上入院治療を必要とし、これによる身体活動の制限や介護を要する状態
	<input type="checkbox"/> 重度	先天性胆道拡張症に起因する続発症により著しくQOL低下を来すか、または生命に危険が及んでいる状態

(※この重症度は、現在の疾患の状況を報告するためのものであり、医療費支給認定に関する「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」とは異なる)

Child-Pugh分類	下記のいずれかを選択しスコアを記載			
		1点	2点	3点
	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I~II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)
	腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上
	血清アルブミン (g/dL)	<input type="checkbox"/> >3.5	<input type="checkbox"/> 2.8-3.5	<input type="checkbox"/> <2.8
	プロトロンビン時間 (PT)	<input type="checkbox"/> >70%	<input type="checkbox"/> 40-70%	<input type="checkbox"/> <40%
総ビリルビン (mg/dL)	<input type="checkbox"/> <2.0	<input type="checkbox"/> 2.0-3.0	<input type="checkbox"/> >3.0	
(Grade A : 5~6点、Grade B : 7~9点、Grade C : 10~15点)				
Child-Pughスコア：( )点 Grade：[ A ・ B ・ C ]				

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

移植	肝移植：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
----	------------------	---------------

手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日：( 年 月 日 )
	術式：( )	
	Todani分類：[ Ia ・ Ib ・ Ic ・ II ・ III ・ IV-A ・ IV-B ・ V ]	

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 ( )	