

告示番号		15		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	28 先天性胆道拡張症								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	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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /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):()												

告示番号 **15** 慢性消化器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																									
血液検査	白血球数：()/μL ヘマトクリット (Ht)：()% 血清アルブミン：()g/dL AST：()U/L 血清アマラーゼ：()U/L 赤血球数：()×10 ⁴ /μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL ALT：()U/L 血清リパーゼ：()U/L ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血清総蛋白：()g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL γ-GTP：()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] MRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 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 超音波検査 (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] 検査名：() 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)：()																								
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 <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1点</td> <td style="text-align: center;">2点</td> <td style="text-align: center;">3点</td> </tr> <tr> <td>肝性脳症</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> なし</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 軽度 (I~II)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> なし</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン (g/dL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> >3.5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2.8-3.5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <2.8</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (PT)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> >70%</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 40-70%</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <40%</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン (mg/dL)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <2.0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2.0-3.0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> >3.0</td> </tr> </table> (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]		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
	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																						
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] 術式：() Todani 分類：[Ia ・ Ib ・ Ic ・ II ・ III ・ IV-A ・ IV-B ・ V] 実施日：(年 月 日) 所見 (その他)：()																								
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 ()																								