

病名	28 先天性胆道拡張症					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 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(-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]	
		膵管拡張: [なし・あり]	膵腫大: [なし・あり]	膵萎縮: [なし・あり]	膵管出血: [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(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 ⁴ /μL	ヘモグロビン(Hb): ()g/dL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	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	
病理検査	肝生検: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)							
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): ()									
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)									

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] 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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			