

告示番号 **10** 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	29 先天性肝線維症					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		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										
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) : ()									
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 (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 : () / μ 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		AST : () U/L		ALT : () U/L		D/T 比 : ()			
	γ -GTP : () U/L		総胆汁酸 : () μ mol/L		LDH : () U/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)							
	所見 : ()									

告示番号	10 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	
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) : ()			
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	
	γ -GTP : () U/L	総胆汁酸 : () μ mol/L	アンモニア (NH3) : () 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)	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 : ()			
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 : ()			
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)		
	内視鏡的結紮術 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)		
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 ()			