

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 (継続申請用)		1/2			
病名	29 先天性肝線維症					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		
		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(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: ()									
その他	吐下血: [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: ()/μL			ヘモグロビン(Hb): ()g/dL			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			D/T比: ()				
	ALT: ()U/L			LDH: ()U/L							
	γ-GTP: ()U/L			総胆汁酸: ()μmol/L			アンモニア(NH ₃): ()μg/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 ()