

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 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		ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		
	γ-GTP: ()U/L		総胆汁酸: ()μmol/L		アンモニア(NH3): ()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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()