

告示番号		9		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	30 肝硬変症								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			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]											
		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: ()											
	皮膚・粘膜	皮膚掻痒: [なし ・ あり]											
精神・神経	意識障害: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児): () 度 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]											
		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: ()											
	皮膚・粘膜	皮膚掻痒: [なし ・ あり]											
精神・神経	意識障害: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児): () 度 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			ヘマトクリット (Ht): () %						
	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			ChE: () U/L						
	ZTT: () U			総胆汁酸: () μ mol/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: ()						
	HPT: () %			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						
	ヒアルロン酸: () ng/mL			AST to platelet ratio index (APRI): ()									

告示番号 **9** 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	単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()
	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	ヘマトクリット (Ht) : () %
	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	ChE : () U/L
	ZTT : () U	総胆汁酸 : () μ mol/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 : ()
	HPT : () %	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
	ヒアルロン酸 : () ng/mL	AST to platelet ratio index (APRI) : ()	
	画像検査	単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)
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 : ()		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]	導入年月 : (年 月)	
	血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]	導入年月 : (年 月)	
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 ()		