

病名	<b>30 肝硬変症</b>			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 ) 年 月 日		体重 (測定日)	kg ( SD ) 年 月 日	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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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 ) : ( )					
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ 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	$\gamma$ -GTP : ( ) U/L	ChE : ( ) U/L			
	ZTT : ( ) U	総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L	アンモニア ( NH3 ) : ( ) $\mu$ 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	$\alpha$ -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 ) 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 ) : ( )					
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )