

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 (継続申請用)	1/2
-------------	----------	----------------	-----	----	-------------------------------	------------

病名	30 肝硬変症					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]								
		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(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			ヘマトクリット(Ht): ()%			
	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						
	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: ()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: ()			
	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)			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): ()									
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 ()