

| 告示番号  |  | 7   |           | 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  | 31 門脈圧亢進症 (バンチ (Banti) 症候群を含む。)  |   |           |  |        |                      |  |                   | 受付種別          | <input type="checkbox"/> 新規 |  |     |  |
| 受給者番号   |  |   | 受診日       | 年 月 日                                      |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                                |  |   |           |  |        |                      | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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   |           | 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 ]<br>詳細 : ( )                              |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   | 消化器  | 黄疸 : 球結膜 : [ なし ・ あり ] 皮膚 : [ なし ・ あり ]<br>その他部位 : ( )      |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   |  | 肝腫大 ( 触診 ) : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )                        |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   |  | 吐下血 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>詳細 : ( )                              |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   | 消化器  | 黄疸 : 球結膜 : [ なし ・ あり ] 皮膚 : [ なし ・ あり ]<br>その他部位 : ( )      |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   |  | 肝腫大 ( 触診 ) : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )                        |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   |  | 吐下血 : [ なし ・ あり ]<br>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 : ( ) / $\mu$ 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 ( NH <sub>3</sub> ) : ( ) $\mu$ 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 ( 胸腹部 ) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( ) |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
|   |  | 超音波検査 ( 心臓 ) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )     |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |
| 超音波検査 ( 腹部 ) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( ) |  |   |           |  |        |                      |  |                   |               |                             |  |     |  |

告示番号 **7** 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 | CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] | 実施日 : ( 年 月 日 ) |
|      | 所見 : ( )                       |                 |
| 画像検査 | 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 : ( ) / $\mu$ 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 (NH <sub>3</sub> ) : ( ) $\mu$ 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 (胸腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ]    | 実施日 : ( 年 月 日 ) |
|          | 所見 : ( )                       |                 |
|          | 超音波検査 (心臓) : [ 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 : ( ) |                                |                 |
| 画像検査     | 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 ( )