

病名	32 先天性門脈欠損症			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	肥満度	%
	年 月 日		年 月 日				

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	治療 ・ 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

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	肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : () 吐下血 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	呼吸器・循環器	下気道感染の頻度 : [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上] 呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり] 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	肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : () 吐下血 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	呼吸器・循環器	下気道感染の頻度 : [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上] 呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり] 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
	総胆汁酸 : () μ mol/L	アンモニア (NH3) : () 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	

画像検査	単純X線検査 (胸腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 月 日
	超音波検査 (心臓) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 月 日

告示番号 6 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	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()
	MRI検査 (頭部) : [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 : ()
	シンチグラフィ (肺血流) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()
	シンチグラフィ (経直腸門脈) : [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
	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	

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 : ()
	MRI検査 (頭部) : [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 : ()
	シンチグラフィ (肺血流) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()
	シンチグラフィ (経直腸門脈) : [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 : ()
カテーテル治療	Interventional radiology (IVR) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
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 (_____)