

病名	32 先天性門脈欠損症					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 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	肝腫大(触診): [なし・あり] 詳細: ()											
		吐血: [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(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	AST:	()U/L	ALT:	()U/L	γ-GTP:	()U/L	ChE:	()U/L	
	D/T比:	()	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	
	LDH:	()U/L	α-フェトプロテイン(AFP):	()ng/mL・未実施	HPT:	()%	PT-INR:	()					
	総胆汁酸:	()μmol/L											
	フェリチン:	()ng/mL・未実施											
	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 ()