

病名	33 門脈・肝動脈瘻					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		
		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] 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:	()/μL	ヘモグロビン(Hb):	()g/dL	ヘマトクリット(Ht):	()%	血清総蛋白:	()g/dL	血清アルブミン:	()g/dL
	血小板数:	()×10 ⁴ /μL	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
	D/T比:	()	γ-GTP:	()U/L	ChE:	()U/L	アンモニア(NH3):	()μg/dL	総コレステロール:	()mg/dL
	LDH:	()U/L	血清クレアチニン:	()mg/dL	PT:	()秒	α-フェトプロテイン(AFP):	()ng/mL・未実施		
	総胆汁酸:	()μmol/L	PT-INR:	()	HPT:	()%				
	BUN:	()mg/dL								
	フェリチン:	()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 8 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 : ()
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [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 (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) 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 : ()
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [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 ()