

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) **1/2**

病名	<b>33 門脈・肝動脈瘻</b>					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): ( )%				
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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				
	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						
	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 : ( ) / $\mu$ 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
	総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L	アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ 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	
	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 )	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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		