

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 (継続申請用)		1/2	
病名	33 門脈・肝動脈瘻								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					
	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(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(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		D/T比: ()		ChE: ()U/L		
	LDH: ()U/L		γ-GTP: ()U/L		アンモニア(NH3): ()μg/dL		総コレステロール: ()mg/dL		BUN: ()mg/dL		PT: ()秒		
	総胆汁酸: ()μmol/L		血清クレアチニン: ()mg/dL		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		
	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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()