

病名	<b>33 門脈・肝動脈瘻</b>			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	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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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) : ( )						
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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		
血液検査	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				
	単純X線検査 (胸腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )						
	所見 : ( )						
	画像検査	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) : ( )						
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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 ( )