

告示番号		18		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	34 クリグラー・ナジャー (Crigler-Najjar) 症候群										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 ]											
		活気低下: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	黄疸: 球結膜: [ なし ・ あり ] 皮膚: [ なし ・ あり ] その他部位: ( )											
		発症時期: [ 生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2~3か月 ・ 生後4~6か月 ・ 生後7~9か月 ・ 生後10~12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降 ]											
	精神・神経	Moro反射消失: [ なし ・ あり ] 落陽現象: [ なし ・ あり ]											
意識障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )													
その他	痙攣: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )												
	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 ]											
		活気低下: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	黄疸: 球結膜: [ なし ・ あり ] 皮膚: [ なし ・ あり ] その他部位: ( )											
		発症時期: [ 生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2~3か月 ・ 生後4~6か月 ・ 生後7~9か月 ・ 生後10~12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降 ]											
	精神・神経	Moro反射消失: [ なし ・ あり ] 落陽現象: [ なし ・ あり ]											
意識障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )													
その他	痙攣: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )												
	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: ( ) / $\mu$ 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			網赤血球: ( ) %			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: ( ) %			血清ハプトグロビン: ( ) mg/dL ・ 未実施			
	フェノバルビタール負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	所見: ( )												
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
所見: ( )													

告示番号 18		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
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )		
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：( )/μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清アルブミン：( )g/dL D/T比：( ) LDH：( )U/L 総胆汁酸：( )μmol/L BUN：( )mg/dL PT：( )% 血清ハプトグロビン：( )mg/dL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 網赤血球：( )% 血清総ビリルビン (T-Bil)：( )mg/dL AST：( )U/L γ-GTP：( )U/L アンモニア (NH3)：( )μg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL PT-INR：( )	ヘマトクリット (Ht)：( )% 血清総蛋白：( )g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL ALT：( )U/L ChE：( )U/L 総コレステロール：( )mg/dL PT：( )秒 HPT：( )%	
負荷試験	フェノバルビタール負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )		
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )		
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：( )			
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月：( 年 月 ) 導入年月：( 年 月 )		
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 ( )		