

病名	34 クリグラール・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	治療 ・ 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

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: ()
		痙攣: [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] 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: ()
		痙攣: [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: () / 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	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	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: () %
			血清ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施

負荷試験	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: ()
------	-------------------------------	----------------	---------

遺伝学的検査	遺伝子検査: [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: ()/μL 血小板数: ()×10 ⁴ /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] 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: ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [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: ()		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 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		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		