

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"/> 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	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]									
		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]									
		Moro反射消失: [なし・あり] 落陽現象: [なし・あり]									
	精神・神経	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(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	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:	()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:	()%					
	血清ハプトグロビン:	()mg/dL・未実施									
	その他										
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 ()