

病名	35 遺伝性膵炎					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]								
		易疲労性: [なし ・ あり]								
		詳細: ()								
	消化器	白色便: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 便色カード: () 番								
		脂肪便: [なし ・ あり]								
		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]								
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり]									
	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]								
		易疲労性: [なし ・ あり]								
		詳細: ()								
	消化器	白色便: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 便色カード: () 番								
		脂肪便: [なし ・ あり]								
		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]								
その他	特徴的な顔貌: [なし ・ あり]									
	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	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			血清アミラーゼ: ()U/L			血清リパーゼ: ()U/L			
	総胆汁酸: ()μmol/L			アンモニア (NH3): ()μg/dL			BUN: ()mg/dL			
	血清クレアチニン: ()mg/dL			PT: ()秒			PT: ()%			
	PT-INR: ()			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			
	画像検査	超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)								
		CT 検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)								
内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										

画像検査	磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [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	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 総胆汁酸 : ()μmol/L 血清クレアチニン : ()mg/dL PT-INR : () α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL・未実施	血清アルブミン : ()g/dL D/T比 : () LDH : ()U/L 血清アミラーゼ : ()U/L アンモニア (NH3) : ()μg/dL PT : ()秒 フェリチン : ()ng/mL・未実施	血清総ビリルビン (T-Bil) : ()mg/dL AST : ()U/L γ-GTP : ()U/L 血清リパーゼ : ()U/L BUN : ()mg/dL PT : ()%
画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
	CT検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
	磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [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 : ()		
既往歴	再発性膵炎の既往 : [なし ・ あり] 詳細 : ()		
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 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 ()		