

病名	42 肝巨大血管腫					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	体重増加不良: [ なし ・ あり ]		易疲労性: [ なし ・ あり ]		出血傾向: [ なし ・ あり ]			
	消化器	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		脾腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		腹部膨満: [ なし ・ あり ]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ]		心不全: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	甲状腺機能障害: [ なし ・ あり ]							
	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	体重増加不良: [ なし ・ あり ]		易疲労性: [ なし ・ あり ]		出血傾向: [ なし ・ あり ]			
	消化器	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		脾腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		腹部膨満: [ なし ・ あり ]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ]		心不全: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	甲状腺機能障害: [ なし ・ あり ]							
	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	血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> /μL		血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL		AST: ( ) U/L				
	ALT: ( ) U/L		アンモニア (NH3): ( ) μg/dL		PT: ( ) 秒				
	PT: ( ) %		PT-INR: ( )		BNP: ( ) pg/mL ・ 未実施				
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )						
	部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]								
	所見: ( )								
画像検査	画像検査: [ 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	血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> /μL		血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL		AST: ( ) U/L				
	ALT: ( ) U/L		アンモニア (NH3): ( ) μg/dL		PT: ( ) 秒				
	PT: ( ) %		PT-INR: ( )		BNP: ( ) pg/mL ・ 未実施				
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )						
	部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]								
	所見: ( )								
画像検査	画像検査: [ 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): ( )								

<b>告示番号</b> <b>5</b>		<b>慢性消化器疾患</b> ( )		<b>年度</b> ( )		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>		<b>2/2</b>	
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									
呼吸管理		気管挿管: [ なし ・ あり ]				気管切開管理: [ なし ・ あり ]			
栄養管理		中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]							
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 )	
手術		手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( ) 所見: ( )							
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 (				)	