

告示番号		5		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	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		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 ): ( )												

告示番号 <b>5</b> 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) <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 小児慢性特定疾病 指定医番号 (    )