

|   |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|---|-------------------|---|--|--|---------------|--|----------------------|-------------------|----------|----------------------------------|-----------------------------|---------|---|--|
| 告示番号                                    |                   | 10  |  | 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〉            |                             | 1/3     |   |  |
| 病名                                      |                   | 29 先天性肝線維症  |  |  |               |  |                      |                   | 受付種別     |                                  | <input type="checkbox"/> 新規 |         |   |  |
| 保険情報                                    |                   | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 氏名                                      |                   | (セイメイ)<br>(姓)   |  |  |               | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                       |                      | (セイメイ)<br>(姓)     |          |                                  |                             |         |   |  |
| 住所                                      |                   | 郵便番号 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )                            |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 生年月日                                    |                   | 年 月 日   |  |  |               |  |                      |                   | 性別       |                                  | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定             |         |   |  |
| 出生地                                     |                   | 都道府県 ( ) 市区町村 ( )   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 出生体重                                    |                   | g   |  | 出生週数                                       |               | 在胎 週 日                                     |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 発症時期                                    |                   | 年 月 頃   |  | 記載時の年齢                                     |               | 満 歳 か月 日                                   |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 現在の<br>身長・体重                            |                   | 身長<br>(測定日)   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日)                                |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |          | BMI                              |                             |         |   |  |
|   |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          | 肥満度                              |                             |         | % |  |
| 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 |                   |          | 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 |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 最終受診日                                   |                   | ( 年 月 日 )   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 症<br>状                                  | 全身                | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]                                    |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 反復する発熱と腹痛 : [ なし ・ あり ]   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 詳細 : ( )  |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 易疲労性 : [ 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 : ( )   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]                  |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 詳細 : ( )                                |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| その他                                     | 吐下血 : [ なし ・ あり ] |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   | 詳細 : ( )          |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 症<br>状                                  | 全身                | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]                                    |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 反復する発熱と腹痛 : [ なし ・ あり ]   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 詳細 : ( )  |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 易疲労性 : [ 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 : ( )   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]                  |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 詳細 : ( )                                |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| その他                                     | 吐下血 : [ なし ・ あり ] |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   | 詳細 : ( )          |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 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 : ( ) / $\mu$ L  |  |  |               | ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL                     |                      |                   |          | 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L |                             |         |   |  |
|   |                   | 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                    |                             |         |   |  |
|   |                   | $\gamma$ -GTP : ( ) U/L   |  |  |               | 総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L                     |                      |                   |          | アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ 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 : ( )                     |                             |         |   |  |
|   |                   | フェリチン : ( ) ng/mL ・ 未実施   |  |  |               | $\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( ) ng/mL ・ 未実施 |                      |                   |          | CRP : ( ) mg/dL                  |                             |         |   |  |
|   |                   |   |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
| 病理検査                                    |                   | 肝生検 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )                              |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |
|   |                   | 所見 : ( )  |  |  |               |  |                      |                   |          |                                  |                             |         |   |  |



