

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		37 肝巨大血管腫								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 ( ) 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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 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 %	
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): ( )													
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: ( )													

