

告示番号		15		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		28 先天性胆道拡張症							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 () 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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)											
診断のきっかけ		出生前診断:[なし ・ あり] 黄疸:[なし ・ あり] 腹部腫瘤:[なし ・ あり] 腹痛:[なし ・ あり] 嘔吐:[なし ・ あり] 発熱:[なし ・ あり] 淡黄色から灰白色便の便色異常:[なし ・ あり] 超音波検査所見:[なし ・ あり] 診断のきっかけ (その他):()											
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下):[なし ・ あり] 低体重 (−1.5SD以下):[なし ・ あり] 発熱:[なし ・ あり] 出血傾向:[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛:[なし ・ あり] 黄疸:[なし ・ あり] 肝腫大 (触診):[なし ・ あり] 脾腫大:[なし ・ あり] 肝内結石:[なし ・ あり] 肝内胆管拡張:[なし ・ あり] 胆管気腫像:[なし ・ あり] 脾石:[なし ・ あり] 脾管拡張:[なし ・ あり] 脾腫大:[なし ・ あり] 脾萎縮:[なし ・ あり] 消化管出血:[なし ・ あり]											
	精神・神経	肝性脳症:[なし ・ あり]											
	その他	腹水:[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 (−1.5SD以下):[なし ・ あり] 低体重 (−1.5SD以下):[なし ・ あり] 発熱:[なし ・ あり] 出血傾向:[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛:[なし ・ あり] 黄疸:[なし ・ あり] 肝腫大 (触診):[なし ・ あり] 脾腫大:[なし ・ あり] 肝内結石:[なし ・ あり] 肝内胆管拡張:[なし ・ あり] 胆管気腫像:[なし ・ あり] 脾石:[なし ・ あり] 脾管拡張:[なし ・ あり] 脾腫大:[なし ・ あり] 脾萎縮:[なし ・ あり] 消化管出血:[なし ・ あり]											
	精神・神経	肝性脳症:[なし ・ あり]											
	その他	腹水:[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		白血球数:()/μL ヘマトクリット (Ht):()% 血清アルブミン:()g/dL AST:()U/L 血清アミラーゼ:()U/L				赤血球数:()×10 ⁴ /μL 血小板数:()×10 ⁴ /μL 血清総ビリルビン (T-Bil):()mg/dL ALT:()U/L 血清リパーゼ:()U/L				ヘモグロビン (Hb):()g/dL 血清総蛋白:()g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil):()mg/dL γ-GTP:()U/L			
病理検査		肝生検:[未実施 ・ 実施] 所見:()				実施日:(年 月 日)							
画像検査		経皮経管胆道造影:[未実施 ・ 実施] 超音波検査 (腹部):[未実施 ・ 実施] CT検査 (腹部):[未実施 ・ 実施] MRI検査 (腹部):[未実施 ・ 実施] 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP):[未実施 ・ 実施] 術中胆道造影:[未実施 ・ 実施] 画像検査 (その他):[未実施 ・ 実施] 検査名:() 画像検査:拡張の形態:[嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型] 拡張の形態 (その他):() 拡張胆管の最大径:()mm 膵胆管合流異常の有無:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他):()											

