

告示番号		14		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		27 先天性多発肝内胆管拡張症（カロリ（Caroli）病）							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 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)											
症状	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]											
	消化器	詳細：()											
		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]											
	その他	詳細：()											
		吐下血：[なし ・ あり]											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
症状	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]											
	消化器	詳細：()											
		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]											
	その他	詳細：()											
		吐下血：[なし ・ あり]											
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											
		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL											
		血小板数：()×10 ⁴ /μL											
		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											
		AST：()U/L											
		ALT：()U/L											
		LDH：()U/L											
病理検査		γ-GTP：()U/L											
		総胆汁酸：()μmol/L											
		アンモニア (NH3)：()μg/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-INR：()											
		フェリチン：()ng/mL・未実施											
		α-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：()											

