

告示番号		18		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		34 クリグラール・ナジャー（Crigler-Najjar）症候群										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	低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]													
		活気低下：[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：() 発症時期：[生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2～3か月 ・ 生後4～6か月 ・ 生後7～9か月 ・ 生後10～12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降]													
		精神・神経	Moro反射消失：[なし ・ あり] 落陽現象：[なし ・ あり]												
	意識障害：[なし ・ あり] 詳細：()														
	痙攣：[なし ・ あり] 詳細：()														
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	低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]													
		活気低下：[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：() 発症時期：[生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2～3か月 ・ 生後4～6か月 ・ 生後7～9か月 ・ 生後10～12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降]													
		精神・神経	Moro反射消失：[なし ・ あり] 落陽現象：[なし ・ あり]												
	意識障害：[なし ・ あり] 詳細：()														
	痙攣：[なし ・ あり] 詳細：()														
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		白血球数：()/μL				ヘモグロビン（Hb）：()g/dL				ヘマトクリット（Ht）：()%					
		血小板数：()×10 ⁴ /μL				網赤血球：()%				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				γ-GTP：()U/L				ChE：()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：()%				PT-INR：()		HPT：()%		血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施					
負荷試験		フェノバルビタール負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
画像検査		CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													

