

告示番号		8		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		33 門脈・肝動脈瘻							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]											
		易疲労性: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		吐血: [なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
呼吸困難 (労作時): [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]											
		易疲労性: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		吐血: [なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
呼吸困難 (労作時): [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											
		血小板数: ()×10 ⁴ /μL											
		血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL											
		D/T比: ()											
		LDH: ()U/L											
		総胆汁酸: ()μmol/L											
		BUN: ()mg/dL											
		PT: ()%											
		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											
画像検査		単純X線検査 (胸腹部): [未実施 ・ 実施]											
		超音波検査 (心臓): [未実施 ・ 実施]											

