

告示番号		7		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		31 門脈圧亢進症（バンチ（Banti）症候群を含む。）							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 )											
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	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 ] 詳細：( )											
		吐下血：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		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	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 ] 詳細：( )											
		吐下血：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		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 <sup>4</sup> /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 D／T比：( )      AST：( )U/L      ALT：( )U/L LDH：( )U/L      γ-GTP：( )U/L      ChE：( )U/L ZTT：( )U      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：( )      α-フェトプロテイン (AFP)：( )ng/mL・未実施 HPT：( )%      フェリチン：( )ng/mL・未実施 ヒアルロン酸：( )ng/mL      AST to platelet ratio index (APRI)：( )											
画像検査		単純X線検査（胸腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		超音波検査（心臓）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											



