

告示番号		45		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		20 新生児ヘモクロマトーシス								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					
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	消化器	白色便:[ なし ・ あり ] 観察日:( 年 月 日 ) 便色カード:( ) 番											
		黄疸:球結膜:[ なし ・ あり ] 皮膚:[ なし ・ あり ]											
		その他部位:( )											
		肝萎縮(触診):[ なし ・ あり ] 肝腫大(触診):[ なし ・ あり ] 詳細:( )											
	精神・神経	意識障害:[ なし ・ あり ] 観察日:( 年 月 日 ) 肝性昏睡分類(小児):( )度 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	消化器	白色便:[ なし ・ あり ] 観察日:( 年 月 日 ) 便色カード:( ) 番											
		黄疸:球結膜:[ なし ・ あり ] 皮膚:[ なし ・ あり ]											
		その他部位:( )											
		肝萎縮(触診):[ なし ・ あり ] 肝腫大(触診):[ なし ・ あり ] 詳細:( )											
	精神・神経	意識障害:[ なし ・ あり ] 観察日:( 年 月 日 ) 肝性昏睡分類(小児):( )度 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		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				ALT:( )U/L				D/T比:( )			
		AST:( )U/L				LDH:( )U/L				アンモニア (NH3):( )μg/dL			
		γ-GTP:( )U/L				総胆汁酸:( )μmol/L				PT-INR:( )			
		BUN:( )mg/dL				血清クレアチニン:( )mg/dL				α-フェトプロテイン (AFP):( )ng/mL・未実施			
		PT:( )秒				PT:( )%							
		フェリチン:( )ng/mL・未実施											
病理検査		口唇生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )											
		所見:( )											
		肝生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )											
		所見:( )											
画像検査		超音波検査(頭部):[ 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:( )											
		CTまたはMRI検査(頭部):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )											
		所見:( )											
		CTまたはMRI検査(腹部):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )											
		所見:( )											



