

告示番号		6		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2							
病名		32 先天性門脈欠損症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()									
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)											
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 (申請時) ※直近の状況を記載																			
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]															
		詳細 : ()																	
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 (申請時) ※直近の状況を記載																			
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	
		ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL		血清総蛋白 : ()g/dL		血清直接ビリルビン (D-Bil) : ()mg/dL		AST : ()U/L		γ-GTP : ()U/L		アンモニア (NH3) : ()μg/dL		血清クレアチニン : ()mg/dL		PT-INR : ()		α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL・未実施	
		ヘマトクリット (Ht) : ()%		血清アルブミン : ()g/dL		ALT : ()U/L		ChE : ()U/L		総コレステロール : ()mg/dL		PT : ()秒		HPT : ()%					
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 : ()																	
		MRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)																	
所見 : ()																			
検査所見 (その他)		CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)																	
		所見 : ()																	
		シンチグラフィ (肺血流) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)																	
所見 : ()		シンチグラフィ (経直腸門脈) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)																	
所見 : ()																			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載																			
合併症		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																	

