

告示番号		15		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		28 先天性胆道拡張症						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)				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		治癒 ・ 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 (−1.5SD以下): [ なし ・ あり ]      低体重 (−1.5SD以下): [ なし ・ あり ] 発熱: [ なし ・ あり ]      出血傾向: [ なし ・ あり ]									
		消化器		腹痛: [ なし ・ あり ]      黄疸: [ なし ・ あり ]      肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]      脾腫大: [ なし ・ あり ] 肝内結石: [ なし ・ あり ]      肝内胆管拡張: [ なし ・ あり ]      胆管気腫像: [ なし ・ あり ]      脾石: [ なし ・ あり ] 膵管拡張: [ なし ・ あり ]      脾腫大: [ なし ・ あり ]      脾萎縮: [ なし ・ あり ]      消化管出血: [ なし ・ あり ]									
		精神・神経		肝性脳症: [ なし ・ あり ]									
		その他		腹水: [ なし ・ あり ] 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 ヘマトクリット (Ht): (      )% 血清アルブミン: (      )g/dL AST: (      )U/L 血清アミラーゼ: (      )U/L				赤血球数: (      )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板数: (      )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総ビリルビン (T-Bil): (      )mg/dL ALT: (      )U/L 血清リパーゼ: (      )U/L				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 γ-GTP: (      )U/L			
		病理検査		肝生検: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 所見: (      )									
画像検査		経皮経管胆道造影: [ 未実施 ・ 実施 ]      超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]      CT検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] MRI検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]      内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP): [ 未実施 ・ 実施 ]      術中胆道造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]      検査名: (      ) 画像検査: 拡張の形態: [ 嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型 ] 拡張の形態 (その他): (      ) 拡張胆管の最大径: (      )mm      膵胆管合流異常の有無: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): (      )											
		検査所見 (その他)		検査所見 (その他): (      )									
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: (      )											
家族歴		本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: (      )											
重症度分類		下記のいずれかを選択 <input type="checkbox"/> 軽度      分流手術等により先天性胆道拡張症に起因する症状・所見がなく、その後の治療を必要としない状態 <input type="checkbox"/> 中等度      分流手術後も先天性胆道拡張症に起因する症状・所見のため、直近1年間に1回以上入院治療を必要とし、これによる身体活動の制限や介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 重度      先天性胆道拡張症に起因する続発症により著しくQOL低下を来すか、または生命に危険が及んでいる状態 (※この重症度は、現在の疾患の状況を報告するためのものであり、医療費支給認定に関する「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」とは異なる)											

