

病名		29 先天性肝線維症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		転出実施主体名 ()					
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 (ー) 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 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]																			
		反復する発熱と腹痛 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																			
		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 : ()																			
		吐血 : [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 : () / μ L				ヘモグロビン (Hb) : () g/dL				血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L											
		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				総胆汁酸 : () μ mol/L				アンモニア (NH3) : () μ g/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 : () %				PT-INR : ()											
		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				CRP : () mg/dL											
病理検査		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 (腹部) : [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 : ()																			
		内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()																			
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 : ()																			

