

告示番号		8		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		33 門脈・肝動脈瘻						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: ( )											
		吐下血: [ 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				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			
		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: ( )%				PT-INR: ( )				HPT: ( )%			
		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							
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: ( )											
		CTまたはMRI検査 (腹部): [ 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: ( )											

