

病名		20 新生児ヘモクロマトーシス										受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続</div> <div><input type="checkbox"/> 転入</div>		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 (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	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 (申請時) ※直近の状況を記載																	
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								D/T比: ()							
		AST: () U/L				ALT: () U/L				LDH: () U/L							
		γ-GTP: () U/L				総胆汁酸: () μmol/L				アンモニア (NH3): () μg/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											
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: ()															
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: ()															
出生歴		胎児水腫: [なし ・ あり] 詳細: ()															

