

告示番号		43		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		22 原発性硬化性胆管炎						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	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：() 肝萎縮 (触診)：[なし ・ あり] 肝腫大 (触診)：[なし ・ あり] 詳細：()												
		筋・骨格												
		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 血小板数：()×10 ⁴ /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 AST：()U/L ALT：()U/L D/T比：() γ-GTP：()U/L ALP：()U/L LDH：()U/L アンモニア (NH3)：()μg/dL BUN：()mg/dL 総胆汁酸：()μmol/L PT：()秒 PT：()% 血清クレアチニン：()mg/dL 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 PT-INR：() 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 赤沈 (1時間値)：()mm/h 抗LKM-1抗体：()倍 (インデックス値) 抗平滑筋抗体：()倍 抗核抗体：()倍・未実施 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型] 染色型 (その他)：()													
	病理検査													
	超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
	内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方]													
	CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
	磁気共鳴胆管膵管撮影 (MRCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
	検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

