

告示番号		9		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		30 肝硬変症						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 () 年 月 日		SD)		体重 (測定日)		kg () 年 月 日		SD)		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 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
				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 : ()											
		吐血下血 : [なし ・ あり]													
詳細 : ()															
皮膚・粘膜		皮膚掻痒 : [なし ・ あり]													
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													
その他		詳細 : ()													
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 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													
		D/T比 : () AST : ()U/L ALT : ()U/L													
		LDH : ()U/L γ-GTP : ()U/L ChE : ()U/L													
		ZTT : ()U 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-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													
		ヒアルロン酸 : ()ng/mL AST to platelet ratio index (APRI) : ()													
		画像検査		単純X線検査 (腹部) : [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 : ()															
検査所見 (その他)		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)		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 : ()													

