

告示番号		18		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		34 クリグラー・ナジャー (Crigler-Najjar) 症候群						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]											
		活気低下: [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: () 発症時期: [生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2〜3か月 ・ 生後4〜6か月 ・ 生後7〜9か月 ・ 生後10〜12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降]											
		精神・神経	Moro反射消失: [なし ・ あり] 落陽現象: [なし ・ あり]										
	意識障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	痙攣: [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 ⁴ /μL				網赤血球: ()%				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: ()%			
		血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施											
負荷試験		フェノバルビタール負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [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: ()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()											

