

告示番号		15		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		20 自己免疫性肝炎							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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		関節痛：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
その他		症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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		関節痛：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
その他		症状 (その他)：( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数：( )/μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <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 ALP：( )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-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 血清IgG：( )mg/dL 血清IgA：( )mg/dL 血清IgM：( )mg/dL 赤沈 (1時間値)：( )mm/h 抗ミトコンドリア抗体：( )倍 抗LKM-1抗体：( )(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		肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )									

受給者番号( ) 患者氏名( )

[illegible]