

|   |   |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|---|---|--|--|--|--|---|--|----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号                                    |   | 7  |  | 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                                      |   | 24 肝内胆管減少症   |  |  |  |   |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |               |  |
| 受給者番号                                   |   |  |  | 受診日                                      |  | 年 月 日                                       |  |                      |  |                             |  |               |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                |   |  |  |  |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                 |  | 体重<br>(測定日)                                 |  | kg ( SD)             |  | BMI                         |  |               |  |
|   |   |  |  | 年 月 日                                    |  |   |  | 年 月 日                |  | 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  | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 易疲労性 : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   | 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 ]<br>その他部位 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 肝萎縮 (触診) : [ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   | その他   | 特徴的な顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 症状 (その他) : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |   |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 症状                                      | 全身  | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 易疲労性 : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   | 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 ]<br>その他部位 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 肝萎縮 (触診) : [ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   | その他   | 特徴的な顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>詳細 : ( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   |   | 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                                    | 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        |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   | 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 : ( )                              |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|   | 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          |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |

受給者番号（）患者氏名（）

|  |  |         |                 |    |                       |     |
|--|--|---------|-----------------|----|-----------------------|-----|
| 告示番号   | 7  | 慢性消化器疾患 | （ <div></div> ） | 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | 2/2 |
| 病理検査   | 肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 画像検査   | 単純X線検査（胸部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
|  | 超音波検査（心臓）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | 超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>部位：（ <div></div> ）<br>所見：（ <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
|  | 内視鏡検査（食道）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | 眼科学的検査   |         |                 |    |                       |     |
| 眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ） |  |         |                 |    |                       |     |
| 遺伝学的検査   | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 検査所見（その他）  | 検査所見（その他）：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載  |  |         |                 |    |                       |     |
| 血液検査   | 血清総蛋白：（ <div></div> ）g/dL 血清アルブミン：（ <div></div> ）g/dL 血清総ビリルビン（T-Bil）：（ <div></div> ）mg/dL<br>血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ <div></div> ）mg/dL D／T比：（ <div></div> ）<br>AST：（ <div></div> ）U/L ALT：（ <div></div> ）U/L LDH：（ <div></div> ）U/L<br>γ-GTP：（ <div></div> ）U/L 総胆汁酸：（ <div></div> ）μmol/L アンモニア（NH3）：（ <div></div> ）μg/dL<br>総コレステロール：（ <div></div> ）mg/dL BUN：（ <div></div> ）mg/dL 血清クレアチニン：（ <div></div> ）mg/dL<br>PT：（ <div></div> ）秒 PT：（ <div></div> ）% PT-INR：（ <div></div> ）<br>フェリチン：（ <div></div> ）ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン（AFP）：（ <div></div> ）ng/mL・未実施 |         |                 |    |                       |     |
| 病理検査   | 肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 画像検査   | 単純X線検査（胸部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
|  | 超音波検査（心臓）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | 超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>部位：（ <div></div> ）<br>所見：（ <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
|  | 内視鏡検査（食道）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | 眼科学的検査   |         |                 |    |                       |     |
| 眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ） |  |         |                 |    |                       |     |
| 遺伝学的検査   | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）<br>所見：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 検査所見（その他）  | 検査所見（その他）：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 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 ]<br>詳細：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 家族歴  | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>詳細：（ <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
| 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 ]<br>詳細：（ <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
| 血液浄化   | 腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> ）<br>血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> ）   |         |                 |    |                       |     |
| 移植   | 肝移植：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）  |         |                 |    |                       |     |
| 治療   | 治療（その他）：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
| 今後の治療方針  | 今後の治療方針：（ <div></div> ）  |         |                 |    |                       |     |
|  | 治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）  |         |                 |    |                       |     |
|  | 治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度：（ <div></div> ）回／月  |         |                 |    |                       |     |
| 医療機関・医師署名  |  |         |                 |    |                       |     |
| 上記の通り診断します。  |  |         |                 |    |                       |     |
| 医療機関名 記載年月日 年 月 日  |  |         |                 |    |                       |     |
| 医療機関住所   |  |         |                 |    |                       |     |
| 診療科  |  |         |                 |    |                       |     |
| 医師名 (印)  |  |         |                 |    |                       |     |
| 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ <div></div> ）   |  |         |                 |    |                       |     |