

告示番号		26		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		31 先天性門脈欠損症							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 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)		体重 (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]										
				詳細: ()										
		消化器		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]										
				詳細: ()										
				吐下血: [なし ・ あり]										
		呼吸器・循環器		下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]										
				呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]										
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		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]										
				易疲労性: [なし ・ あり]										
				詳細: ()										
		消化器		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]										
				詳細: ()										
				吐下血: [なし ・ あり]										
		呼吸器・循環器		下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]										
				呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]										
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			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						
		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: ()%						
		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									
		画像検査		単純X線検査 (胸腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										
				超音波検査 (心臓): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)										

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	26	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〉	2/2
画像検査	超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	CTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	シンチグラフィ（肺血流）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	シンチグラフィ（経直腸門脈）：[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）：（ ）					
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 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：（ ）% 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					
画像検査	単純X線検査（胸腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	超音波検査（心臓）：[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：（ ）					
	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	CTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	シンチグラフィ（肺血流）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	シンチグラフィ（経直腸門脈）：[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：（ ）					
カテーテル治療	Interventional radiology（IVR）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
治療	治療（その他）：（ ）					
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）					
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度：（ ）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		（ ）		