

告示番号		42		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		30 門脈圧亢進症（バンチ（Banti）症候群を含む。）							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		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]									
その他		吐下血 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											
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		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]									
その他		吐下血 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											
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 : () / μ L											
		血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L											
		血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL											
		D／T比 : ()											
		LDH : () U/L											
		ZTT : () U											
		総コレステロール : () mg/dL											
		PT : () 秒											
		HPT : () %											
		ヒアルロン酸 : () ng/mL											
		ヘモグロビン (Hb) : () g/dL											
		血清総蛋白 : () g/dL											
		血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL											
画 像 検 査		AST : () U/L											
		γ -GTP : () U/L											
		総胆汁酸 : () μ mol/L											
		BUN : () mg/dL											
		PT : () %											
		フェリチン : () ng/mL ・ 未実施											
		AST to platelet ratio index (APRI) : ()											
		ALT : () U/L											
		ChE : () U/L											
		アンモニア (NH3) : () μ g/dL											
		血清クレアチニン : () mg/dL											
		PT-INR : ()											
		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		42		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	CTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）														
	所見：（ ）														
	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）：（ ）													
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：（ ）%				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（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：（ ）													
		CTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）													
		所見：（ ）													
		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：（ ）														
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：（ ）														
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ）														
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ）														
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）														
	内視鏡的結紮術：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）														
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（ ）											