

告示番号		10		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		27 先天性胆道拡張症							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													
診断のきっかけ		出生前診断：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ] 腹部腫瘤：[ なし ・ あり ] 腹痛：[ なし ・ あり ] 嘔吐：[ なし ・ あり ] 発熱：[ なし ・ あり ] 淡黄色から灰白色便の便色異常：[ なし ・ あり ] 超音波検査所見：[ なし ・ あり ] 診断のきっかけ (その他)：( )											
症状	全身	低身長 (－1.5SD以下)：[ なし ・ あり ] 低体重 (－1.5SD以下)：[ なし ・ あり ] 発熱：[ なし ・ あり ] 出血傾向：[ なし ・ あり ]											
	消化器	腹痛：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ] 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ] 脾腫大：[ なし ・ あり ] 肝内結石：[ なし ・ あり ] 肝内胆管拡張：[ なし ・ あり ] 胆管気腫像：[ なし ・ あり ] 脾石：[ なし ・ あり ] 脾管拡張：[ なし ・ あり ] 脾腫大：[ なし ・ あり ] 脾萎縮：[ なし ・ あり ] 消化管出血：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	肝性脳症：[ なし ・ あり ]											
	その他	腹水：[ なし ・ あり ] 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 (－1.5SD以下)：[ なし ・ あり ] 低体重 (－1.5SD以下)：[ なし ・ あり ] 発熱：[ なし ・ あり ] 出血傾向：[ なし ・ あり ]											
	消化器	腹痛：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ] 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ] 脾腫大：[ なし ・ あり ] 肝内結石：[ なし ・ あり ] 肝内胆管拡張：[ なし ・ あり ] 胆管気腫像：[ なし ・ あり ] 脾石：[ なし ・ あり ] 脾管拡張：[ なし ・ あり ] 脾腫大：[ なし ・ あり ] 脾萎縮：[ なし ・ あり ] 消化管出血：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	肝性脳症：[ なし ・ あり ]											
	その他	腹水：[ なし ・ あり ] 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 ヘマトクリット (Ht)：( )% 血清アルブミン：( )g/dL AST：( )U/L 血清アミラーゼ：( )U/L				赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総ビリルビン (T-Bil)：( )mg/dL ALT：( )U/L 血清リパーゼ：( )U/L				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 γ-GTP：( )U/L			
病理検査		肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
画像検査		経皮経管胆道造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] CT検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] MRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[ 未実施 ・ 実施 ] 術中胆道造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査名：( ) 画像検査：拡張の形態：[ 嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型 ] 拡張の形態 (その他)：( ) 拡張胆管の最大径：( )mm 膵胆管合流異常の有無：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号10

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

検査所見（申請時）※直近の状況を記載

血液検査

白血球数：（ ）/μL  
ヘマトクリット（Ht）：（ ）%  
血清アルブミン：（ ）g/dL  
AST：（ ）U/L  
血清アミラーゼ：（ ）U/L

赤血球数：（ ）×10<sup>4</sup>/μL  
血小板数：（ ）×10<sup>4</sup>/μL  
血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL  
ALT：（ ）U/L  
血清リパーゼ：（ ）U/L

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  
γ-GTP：（ ）U/L

病理検査

肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ]  
所見：（ ）

実施日：（ 年 月 日 ）

画像検査

経皮経管胆道造影：[ 未実施 ・ 実施 ]  
MRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]  
画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]  
画像検査：拡張の形態：[ 嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型 ] 拡張の形態（その他）：（ ）  
拡張胆管の最大径：（ ）mm  
所見（その他）：（ ）

超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]  
内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）：[ 未実施 ・ 実施 ]  
検査名：（ ）  
膵胆管合流異常の有無：[ なし ・ あり ]

CT検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]  
術中胆道造影：[ 未実施 ・ 実施 ]

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：（ ）

家族歴

本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]  
詳細：（ ）

重症度分類

下記のいずれかを選択  

☐ 軽度 分流手術等により先天性胆道拡張症に起因する症状・所見がなく、その後の治療を必要としない状態

☐ 中等度 分流手術後も先天性胆道拡張症に起因する症状・所見のため、直近1年間に1回以上入院治療を必要とし、これによる身体活動の制限や介護を要する状態

☐ 重度 先天性胆道拡張症に起因する続発症により著しくQOL低下を来すか、または生命に危険が及んでいる状態

（※この重症度は、現在の疾患の状況を報告するためのものであり、医療費支給認定に関する「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」とは異なる）

Child-Pugh分類

下記のいずれかを選択しスコアを記載  

	1点	2点	3点
肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度（Ⅰ～Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 昏睡（Ⅲ以上）
腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上
血清アルブミン（g/dL）	<input type="checkbox"/> >3.5	<input type="checkbox"/> 2.8-3.5	<input type="checkbox"/> <2.8
プロトロンビン時間（PT）	<input type="checkbox"/> >70%	<input type="checkbox"/> 40-70%	<input type="checkbox"/> <40%
総ビリルビン（mg/dL）	<input type="checkbox"/> <2.0	<input type="checkbox"/> 2.0-3.0	<input type="checkbox"/> >3.0

（Grade A：5～6点、Grade B：7～9点、Grade C：10～15点）

Child-Pughスコア：（ ）点 Grade：[ A ・ B ・ C ]

経過（申請時）※直近の状況を記載

移植

肝移植：[ 未実施 ・ 実施 ]  
実施日：（ 年 月 日 ）

手術

手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
術式：（ ）  
Todani分類：[ I a ・ I b ・ I c ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ IV-A ・ IV-B ・ V ]  
所見（その他）：（ ）

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

医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）

(印)