

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		20 自己免疫性肝炎							受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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 (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 (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 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 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：()												
画像検査	超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	CT 検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	磁気共鳴胆管膵管撮影 (MRCP)：[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)：()												

受給者番号() 患者氏名()

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〈継続申請用〉	2/2
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：()					
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)					
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	()