

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		31 先天性門脈欠損症						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	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 (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 <sup>4</sup> /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 )									
超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
MRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
CTまたはMRI検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
シンチグラフィ (肺血流): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
シンチグラフィ (経直腸門脈): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
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 26		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：( )									
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 (      )					