

告示番号		7		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		24 肝内胆管減少症						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	白色便 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 便色カード : () 番											
		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]											
	その他	詳細 : ()											
		症状 (その他) : ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		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 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 : ()											
		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											
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
画像検査		所見 : ()											
		単純X線検査 (胸部) : [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 : ()											
眼科学的検査		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		所見 : ()											
		CT 検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		部位 : ()											
遺伝学的検査		所見 : ()											
		内視鏡検査 (食道) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
検査所見 (その他)		所見 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	7	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 ()				