

告示番号		4		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		41 肝巨大血管腫						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		体重増加不良：[なし ・ あり]				易疲労性：[なし ・ あり]				出血傾向：[なし ・ あり]		
		消化器		肝腫大 (触診)：[なし ・ あり]				脾腫大 (触診)：[なし ・ あり]				腹部膨満：[なし ・ あり]		
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[なし ・ あり]				心不全：[なし ・ あり]						
		内分泌・代謝		甲状腺機能障害：[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		血小板数：()×10 ⁴ /μL ALT：()U/L PT：()%				血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL アンモニア (NH3)：()μg/dL PT-INR：()				AST：()U/L PT：()秒 BNP：()pg/mL・未実施				
病理検査		消化管生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見：()												
画像検査		画像検査：[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														
呼吸管理		気管挿管：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり]												
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]												
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)												
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()												
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												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	4	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
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	()			