

告示番号		12		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		18 急性肝不全 (昏睡型)						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	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] 詳細 : ()											
	皮膚・粘膜	皮膚粘膜の出血症状 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	精神・神経	意識障害 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児) : () 度 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		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 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											
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 (頭部) : [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 : ()											
家族歴		肝疾患の家族歴 : [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) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	12	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		
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)
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	()			