

告示番号		10		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		27 先天性胆道拡張症						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 低体重 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] 出血傾向 : [なし ・ あり]									
		消化器		腹痛 : [なし ・ あり] 黄疸 : [なし ・ あり] 肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 肝内結石 : [なし ・ あり] 肝内胆管拡張 : [なし ・ あり] 胆管気腫像 : [なし ・ あり] 脾石 : [なし ・ あり] 膵管拡張 : [なし ・ あり] 膵腫大 : [なし ・ あり] 膵萎縮 : [なし ・ あり] 消化管出血 : [なし ・ あり]									
		精神・神経		肝性脳症 : [なし ・ あり]									
		その他		腹水 : [なし ・ あり] 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 : () / μ L ヘマトクリット (Ht) : () % 血清アルブミン : () g/dL AST : () U/L 血清アミラーゼ : () U/L			赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL ALT : () U/L 血清リパーゼ : () U/L			ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血清総蛋白 : () g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL γ -GTP : () U/L					
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()			実施日 : (年 月 日)								
画像検査		経皮経管胆道造影 : [未実施 ・ 実施] MRI 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 画像検査 : 拡張の形態 : [嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型] 拡張の形態 (その他) : () 拡張胆管の最大径 : () mm 所見 (その他) : ()			超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [未実施 ・ 実施] 検査名 : () 膵胆管合流異常の有無 : [なし ・ あり]			CT 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 術中胆道造影 : [未実施 ・ 実施]					
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		本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()											
重症度分類		下記のいずれかを選択 <input type="checkbox"/> 軽度 分流手術等により先天性胆道拡張症に起因する症状・所見がなく、その後の治療を必要としない状態 <input type="checkbox"/> 中等度 分流手術後も先天性胆道拡張症に起因する症状・所見のため、直近1年間に1回以上入院治療を必要とし、これによる身体活動の制限や介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 重度 先天性胆道拡張症に起因する続発症により著しくQOL低下を来すか、または生命に危険が及んでいる状態 (※この重症度は、現在の疾患の状況を報告するためのものであり、医療費支給認定に関する「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」とは異なる)											

Child-Pugh分類	下記のいずれかを選択しスコアを記載			
		1点	2点	3点
	肝性脳症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度（Ⅰ～Ⅱ）	<input type="checkbox"/> 昏睡（Ⅲ以上）
	腹水	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上
	血清アルブミン（g/dL）	<input type="checkbox"/> >3.5	<input type="checkbox"/> 2.8-3.5	<input type="checkbox"/> <2.8
	プロトロンビン時間（PT）	<input type="checkbox"/> >70%	<input type="checkbox"/> 40-70%	<input type="checkbox"/> <40%
	総ビリルビン（mg/dL）	<input type="checkbox"/> <2.0	<input type="checkbox"/> 2.0-3.0	<input type="checkbox"/> >3.0
(Grade A：5～6点、Grade B：7～9点、Grade C：10～15点)				
Child-Pughスコア：（ ）点 Grade：[A ・ B ・ C]				
経過（申請時） ※直近の状況を記載				
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）			
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） Todani 分類：[Ia ・ Ib ・ Ic ・ II ・ III ・ IV-A ・ IV-B ・ V] 所見（その他）：（ ）			
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（ ）			