

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		29 先天性肝線維症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症 状	全身	低身長 (－2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]											
		反復する発熱と腹痛 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		易疲労性 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		黄疸 : 球結膜 : [ なし ・ あり ] 皮膚 : [ なし ・ あり ] その他部位 : ( )											
		肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		吐下血 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	消化器	症状 (その他) : ( )											
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 ]											
		反復する発熱と腹痛 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		易疲労性 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		黄疸 : 球結膜 : [ なし ・ あり ] 皮膚 : [ なし ・ あり ] その他部位 : ( )											
		肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		吐下血 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	消化器	症状 (その他) : ( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数 : ( ) / $\mu$ L      ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL      血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 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      AST : ( ) U/L      ALT : ( ) U/L      D／T比 : ( ) $\gamma$ -GTP : ( ) U/L      総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L      LDH : ( ) U/L      アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ g/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 $\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( ) ng/mL ・ 未実施      CRP : ( ) mg/dL											
病理検査		肝生検 : [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号	10	慢性消化器疾患（							
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またはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	内視鏡検査（上部消化管）：[ 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）：（ ）								
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      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      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      CRP：（ ）mg/dL								
	病理検査								
画像検査	肝生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
画像検査	内視鏡検査（上部消化管）：[ 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									
薬物療法	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）								
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 内視鏡的結紮術：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）								
	移植								
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（ ）									