

告示番号 17		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	19 急性肝不全 (昏睡型)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎	週 日					
発症時期	年 月 日		記載時の年齢	満	歳		か月 日			
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		年 月 日	肥満度	%			
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	治療 ・ 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										
最終受診日	(年 月 日)									
発症時期	発症時期: (歳 か月)									
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				
その他	症状 (その他): ()									
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				
その他	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	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: ()			
	γ-GTP: () U/L		総胆汁酸: () μmol/L		LDH: () U/L		アンモニア (NH3): () μg/dL			
	BUN: () mg/dL		血清クレアチニン: () mg/dL		PT: () 秒		フェリチン: () ng/mL ・ 未実施			
	PT: () %		PT-INR: ()							
	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)							
	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()									

告示番号 17 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〉		2/2	
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)：()		
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	
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 ()		
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	
医療機関所在地	診断年月日	年 月 日	
電話番号	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 ()
	被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()
	資格取得年月日 年 月 日