

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		☐ 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 頃		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				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 詳細：()											
	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 詳細：()											
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 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)：()											

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（ ）日 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ ）年（ ）月（ ）日		
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（ ）		

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