

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 (継続申請用)		1/2		
病名	19 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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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		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 (申請時) ※直近の状況を記載						
最終受診日	(年 月 日)					
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		ALT: ()U/L		D/T比: ()	
	AST: ()U/L		総胆汁酸: ()μmol/L		LDH: ()U/L	
	γ-GTP: ()U/L		血清クレアチニン: ()mg/dL		アンモニア (NH3): ()μg/dL	
	BUN: ()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)					
	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): ()					

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 (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) 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