

告示番号		44		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)		1/3		
病名	20 新生児ヘモクロマトーシス							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	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 )										
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: ( )												
	精神・神経	肝萎縮 (触診): [ なし ・ あり ]		肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]										
詳細: ( )														
その他	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: ( )													
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: ( )												
	精神・神経	肝萎縮 (触診): [ なし ・ あり ]		肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]										
詳細: ( )														
その他	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: ( )													
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		D/T比: ( )							
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL		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-INR: ( )							
	PT: ( )秒		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									
	PT: ( )秒													
	α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL ・ 未実施													
病理検査	口唇生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年		月	日 )								
	所見: ( )													
画像検査	肝生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年		月	日 )								
	所見: ( )													
画像検査	超音波検査 (頭部): [ 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: ( )													
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年		月	日 )								
	所見: ( )													
画像検査	CTまたはMRI検査 (腹部): [ 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	AST: ( )U/L	D/T比: ( )
	γ-GTP: ( )U/L	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L
	BUN: ( )mg/dL	総胆汁酸: ( )μmol/L	アンモニア (NH3): ( )μg/dL
	PT: ( )秒	血清クレアチニン: ( )mg/dL	PT-INR: ( )
	フェリチン: ( )ng/mL・未実施	PT: ( )%	α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL・未実施
病理検査	口唇生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )		
	所見: ( )		
画像検査	超音波検査 (頭部): [ 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 (頭部): [ 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: ( )		
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: ( )		
出生歴	胎児水腫: [ 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: ( )		
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