

告示番号		45		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		☐ 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:()												
		肝萎縮(触診):[なし ・ あり] 肝腫大(触診):[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] 肝腫大(触診):[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								
		病理検査		口唇生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)										
所見:()														
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:()												
		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:()												

