

告示番号 <b>43</b>		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	<b>21 自己免疫性肝炎</b>			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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 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	全身	易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
	消化器	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: ( )				
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ] 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	全身	易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
	消化器	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: ( )				
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ] 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	白血球数: ( )/μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL			
	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	アンモニア (NH <sub>3</sub> ): ( )μg/dL	BUN: ( )mg/dL	LDH: ( )U/L		
	PT: ( )秒	フェリチン: ( )ng/mL・未実施	PT: ( )%	総胆汁酸: ( )μmol/L		
	血清IgG: ( )mg/dL	血清IgA: ( )mg/dL	α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL・未実施	血清クレアチニン: ( )mg/dL		
	赤沈 (1時間値): ( )mm/h	抗ミトコンドリア抗体: ( )倍	抗LKM-1抗体: ( ) (インデックス値)	PT-INR: ( )		
	抗ミトコンドリア抗体: ( )倍	抗平滑筋抗体: ( )倍				
	抗核抗体: ( )倍・未実施	染色型: [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ]				
	染色型 (その他): ( )					
	病理検査	肝生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )				

告示番号	43	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)	2/3
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 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )					
	所見 : ( )					
内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )						
所見 : ( )						
磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [ 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	白血球数 : ( ) / $\mu$ L		ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL		血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	
	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 : ( )	
	$\gamma$ -GTP : ( ) U/L		ALP : ( ) U/L		LDH : ( ) U/L	
	アンモニア (NH <sub>3</sub> ) : ( ) $\mu$ g/dL		BUN : ( ) mg/dL		総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L	
	PT : ( ) 秒		PT : ( ) %		血清クレアチニン : ( ) mg/dL	
	フェリチン : ( ) ng/mL ・ 未実施		$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( ) ng/mL ・ 未実施		PT-INR : ( )	
	血清IgG : ( ) mg/dL		血清IgA : ( ) mg/dL		血清IgM : ( ) mg/dL	
	赤沈 (1時間値) : ( ) mm/h		抗LKM-1抗体 : ( ) 倍		抗平滑筋抗体 : ( ) 倍	
	抗ミトコンドリア抗体 : ( ) 倍		抗核抗体 : ( ) 倍 ・ 未実施			
染色型 : [ 均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型 ]						
染色型 (その他) : ( )						
病理検査	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 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )					
	所見 : ( )					
	CT検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )					
	所見 : ( )					
内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )						
所見 : ( )						
磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [ 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 : ( )						
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 ( )					

<b>告示番号</b>	<b>43</b>	<b>慢性消化器疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病	医療意見書	(新規申請用)	<b>3/3</b>
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