

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		21 自己免疫性肝炎							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	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 ⁴ /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 ALP:()U/L LDH:()U/L アンモニア (NH3):()μg/dL BUN:()mg/dL 総胆汁酸:()μmol/L PT:()秒 PT:()% 血清クレアチニン:()mg/dL 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-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:()(インデックス値) 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:()												

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	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

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