

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〈継続申請用〉		1/2			
病名		21 自己免疫性肝炎						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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 (申請時) ※直近の状況を記載															
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)：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
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-INR：() 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 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()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) 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：()											
		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：()											
				磁気共鳴胆管膵管撮影 (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)：()											

