

告示番号		11		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		24 アラジール (Alagille) 症候群						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		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]									
				易疲労性: [なし ・ あり]									
				詳細: ()									
		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: ()													
その他		特徴的な顔貌: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
症状 (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 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											
		総コレステロール: ()mg/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		肝生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
所見: ()													
画像検査		単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
		所見: ()											
		超音波検査 (心臓): [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: ()													
内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)													
部位: [上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方]													
所見: ()													
CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)													
部位: ()													
所見: ()													
眼科学的検査		眼科学的検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
所見: ()													
遺伝学的検査		遺伝子検査: [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): ()											

