

告示番号 14		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	27 先天性多発肝内胆管拡張症 (カロリ (Caroli) 病)			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)		BMI	
		年 月 日	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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]						
		反復する発熱と腹痛: [なし ・ あり]						
		詳細: ()						
	消化器	易疲労性: [なし ・ あり]						
		詳細: ()						
		黄疸: 球結膜: [なし ・ あり]		皮膚: [なし ・ あり]				
その他部位: ()								
消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]							
	詳細: ()							
	吐下血: [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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]						
		反復する発熱と腹痛: [なし ・ あり]						
		詳細: ()						
	消化器	易疲労性: [なし ・ あり]						
		詳細: ()						
		黄疸: 球結膜: [なし ・ あり]		皮膚: [なし ・ あり]				
その他部位: ()								
消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]							
	詳細: ()							
	吐下血: [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				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 (NH ₃): ()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					
	CRP: ()mg/dL							
	病理検査	肝生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()		

告示番号 **14** 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またはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	内視鏡検査 (上部消化管) : [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 : () / μ 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	ALT : () U/L	D/T比 : ()
	AST : () U/L	ALT : () U/L	LDH : () U/L	アンモニア (NH ₃) : () μ g/dL
	γ -GTP : () U/L	総胆汁酸 : () μ mol/L	BUN : () mg/dL	血清クレアチニン : () mg/dL
	総コレステロール : () mg/dL	BUN : () mg/dL	PT : () 秒	PT-INR : ()
	PT : () 秒	PT : () %	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
	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	CRP : () mg/dL	
	CRP : () mg/dL			

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またはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	内視鏡検査 (上部消化管) : [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 ()
---------	---

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