

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		27 先天性多発肝内胆管拡張症（カロリ（Caroli）病）						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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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		治癒 ・ 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]									
				反復する発熱と腹痛：[なし ・ あり]									
				詳細：()									
				易疲労性：[なし ・ あり]									
		消化器		詳細：()									
				黄疸：球結膜：[なし ・ あり] 皮膚：[なし ・ あり]									
				その他部位：()									
				肝腫大（触診）：[なし ・ あり]									
その他		詳細：()											
		吐下血：[なし ・ あり]											
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 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-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：()									
		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)									
		検査所見（その他）		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：()											

