

| 告示番号 15 | | 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 | 28 先天性胆道拡張症 | | | | | 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 | 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) | | | | | | | | |
| 診断のきっかけ | 出生前診断: [なし ・ あり] 黄疸: [なし ・ あり] 腹部腫瘤: [なし ・ あり] 腹痛: [なし ・ あり] 嘔吐: [なし ・ あり] 発熱: [なし ・ あり] 淡黄色から灰白色便の便色異常: [なし ・ あり] 超音波検査所見: [なし ・ あり] 診断のきっかけ (その他): () | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 低身長 (-1.5SD以下): [なし ・ あり] | | 低体重 (-1.5SD以下): [なし ・ あり] | | 発熱: [なし ・ あり] | | 出血傾向: [なし ・ あり] | |
| | 消化器 | 腹痛: [なし ・ あり] | 黄疸: [なし ・ あり] | 肝腫大 (触診): [なし ・ あり] | 脾腫大: [なし ・ あり] | 肝内結石: [なし ・ あり] | 肝内胆管拡張: [なし ・ あり] | 胆管気腫像: [なし ・ あり] | 脾石: [なし ・ あり] |
| | 精神・神経 | 肝性脳症: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | その他 | 腹水: [なし ・ あり] | | 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 (-1.5SD以下): [なし ・ あり] | | 低体重 (-1.5SD以下): [なし ・ あり] | | 発熱: [なし ・ あり] | | 出血傾向: [なし ・ あり] | |
| | 消化器 | 腹痛: [なし ・ あり] | 黄疸: [なし ・ あり] | 肝腫大 (触診): [なし ・ あり] | 脾腫大: [なし ・ あり] | 肝内結石: [なし ・ あり] | 肝内胆管拡張: [なし ・ あり] | 胆管気腫像: [なし ・ あり] | 脾石: [なし ・ あり] |
| | 精神・神経 | 肝性脳症: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | その他 | 腹水: [なし ・ あり] | | 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 | 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL | ヘモグロビン (Hb): ()g/dL | 血小板数: ()×10 ⁴ /μL | 血清総蛋白: ()g/dL | AST: ()U/L | 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 | γ-GTP: ()U/L |
| 病理検査 | 肝生検: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | | | | |
| 画像検査 | 経皮経管胆道造影: [未実施 ・ 実施] | | 超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] | | CT検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] | | | | |
| | MRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] | | 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP): [未実施 ・ 実施] | | 術中胆道造影: [未実施 ・ 実施] | | | | |
| 画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 検査名: () | | | | | | | | | |
| 画像検査: 拡張の形態: [嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型] 拡張の形態 (その他): () | | | | | | | | | |
| 拡張胆管の最大径: ()mm 膵胆管合流異常の有無: [なし ・ あり] | | | | | | | | | |
| 所見 (その他): () | | | | | | | | | |
| 検査所見 (その他) | 検査所見 (その他): () | | | | | | | | |

告示番号 **15** 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**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | | | |
|------|-------------------|------------------------------|----------------------------|
| 血液検査 | 白血球数：()/μL | 赤血球数：()×10 ⁴ /μL | ヘモグロビン (Hb)：()g/dL |
| | ヘマトクリット (Ht)：()% | 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 | γ-GTP：()U/L |
| | 血清アマラーゼ：()U/L | 血清リパーゼ：()U/L | |

| | | |
|------|------------------|---------------|
| 病理検査 | 肝生検：[未実施 ・ 実施] | 実施日：(年 月 日) |
| | 所見：() | |

| | | | |
|------|--|-----------------------------------|------------------------|
| 画像検査 | 経皮経管胆道造影：[未実施 ・ 実施] | 超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] | CT検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] |
| | MRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] | 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[未実施 ・ 実施] | 術中胆道造影：[未実施 ・ 実施] |
| | 画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] | 検査名：() | |
| | 画像検査：拡張の形態：[嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型] 拡張の形態 (その他)：() | 拡張胆管の最大径：()mm | 膵胆管合流異常の有無：[なし ・ あり] |

| | |
|------------|----------------|
| 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：() |

| | | |
|-------|------------------------------|---|
| 重症度分類 | 下記のいずれかを選択 | |
| | <input type="checkbox"/> 軽度 | 分流手術等により先天性胆道拡張症に起因する症状・所見がなく、その後の治療を必要としない状態 |
| | <input type="checkbox"/> 中等度 | 分流手術後も先天性胆道拡張症に起因する症状・所見のため、直近1年間に1回以上入院治療を必要とし、これによる身体活動の制限や介護を要する状態 |
| | <input type="checkbox"/> 重度 | 先天性胆道拡張症に起因する続発症により著しくQOL低下を来すか、または生命に危険が及んでいる状態 |

(※この重症度は、現在の疾患の状況を報告するためのものであり、医療費支給認定に関する「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」とは異なる)

| | | | | |
|--------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Child-Pugh分類 | 下記のいずれかを選択しスコアを記載 | | | |
| | | 1点 | 2点 | 3点 |
| | 肝性脳症 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 (I~II) | <input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上) |
| | 腹水 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度以上 |
| | 血清アルブミン (g/dL) | <input type="checkbox"/> >3.5 | <input type="checkbox"/> 2.8-3.5 | <input type="checkbox"/> <2.8 |
| | プロトロンビン時間 (PT) | <input type="checkbox"/> >70% | <input type="checkbox"/> 40-70% | <input type="checkbox"/> <40% |
| | 総ビリルビン (mg/dL) | <input type="checkbox"/> <2.0 | <input type="checkbox"/> 2.0-3.0 | <input type="checkbox"/> >3.0 |

(Grade A : 5~6点、Grade B : 7~9点、Grade C : 10~15点)

Child-Pughスコア：()点 Grade：[A ・ B ・ C]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

| | | |
|----|------------------|---------------|
| 移植 | 肝移植：[未実施 ・ 実施] | 実施日：(年 月 日) |
|----|------------------|---------------|

| | | |
|----|--|---------------|
| 手術 | 手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] | 実施日：(年 月 日) |
| | 術式：() | |
| | Todani分類：[Ia ・ Ib ・ Ic ・ II ・ III ・ IV-A ・ IV-B ・ V] | |

所見 (その他)：()

| | |
|----|--------------|
| 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 |