

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 (継続申請用)		1/2		
病名	28 先天性胆道拡張症			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日		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 (-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]	
	膵管拡張: [なし ・ あり]	膵腫大: [なし ・ あり]	膵萎縮: [なし ・ あり]	消化管出血: [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 (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		
	血清アミラーゼ: ()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)			
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: [嚢房型 ・ 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)	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)					

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