

告示番号 <b>10</b>		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	<b>29 先天性肝線維症</b>			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: ( )						
		易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
	消化器	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 ] 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: ( )						
		易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
	消化器	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 ] 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 <sup>4</sup> /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 <sub>3</sub> ): ( )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: ( )							

告示番号	10	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 : ( ) / $\mu$ 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		D/T比 : ( )		
	AST : ( ) U/L		ALT : ( ) U/L		LDH : ( ) U/L		
	$\gamma$ -GTP : ( ) U/L		総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L		アンモニア (NH <sub>3</sub> ) : ( ) $\mu$ g/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		$\alpha$ -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 : ( )	
		CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 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 : ( )						
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 : ( )						
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法 : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )		内視鏡的結紮術 : [ 未実施 ・ 実施 ]		
	内視鏡的結紮術 : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日 : ( 年 月 日 )				
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