

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〉		1/3	
病名		29 先天性肝線維症							受付種別		☐ 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) 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 : ()											
		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 : ()											
	消化器												
		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 : ()											
		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 : ()											
	消化器												
		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 : () / 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								D / T 比 : ()			
		AST : () U/L				ALT : () U/L				LDH : () U/L			
		γ -GTP : () U/L				総胆汁酸 : () μ mol/L				アンモニア (NH3) : () μ 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				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 : ()									

