

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		29 先天性肝線維症						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 (−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 (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: ()% 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) 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: ()											

