

告示番号	9	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	30 肝硬変症				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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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] 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: ()				
	皮膚・粘膜	皮膚掻痒: [なし ・ あり]				
	精神・神経	意識障害: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児): ()度 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] 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: ()				
	皮膚・粘膜	皮膚掻痒: [なし ・ あり]				
	精神・神経	意識障害: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児): ()度 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		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			
	D/T比: ()		AST: ()U/L		ALT: ()U/L	
	LDH: ()U/L		γ-GTP: ()U/L		ChE: ()U/L	
	ZTT: ()U		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: ()	
	HPT: ()%		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	
	ヒアルロン酸: ()ng/mL		AST to platelet ratio index (APRI): ()			

告示番号	9		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	単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)						
	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)						
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)						
	内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)						
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 : () / μ L	ヘモグロビン (Hb) : () g/dL	ヘマトクリット (Ht) : () %					
	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	ChE : () U/L					
	ZTT : () U	総胆汁酸 : () μ mol/L	アンモニア (NH ₃) : () 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 : ()					
	HPT : () %	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					
	ヒアルロン酸 : () ng/mL	AST to platelet ratio index (APRI) : ()						
	画像検査	単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)					
超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)						
CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)						
内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)						
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 : ()							
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]	導入年月 : (年 月)						
	血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]	導入年月 : (年 月)						
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]	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