

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 (継続申請用)		1/2		
病名	30 肝硬変症							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)			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	治癒 ・ 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]												
		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]												
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 (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			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 (NH ₃): ()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): ()										
	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: ()														

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 (継続申請用) 2/2	
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