

病名		30 肝硬変症				受付種別		☐ 継続 ☐ 転入 転出実施主体名 → ()			
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 (ー) 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]									
		詳細 : ()									
	吐血 : [なし ・ あり]										
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 (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) : ()					
画像検査		単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]									
		実施日 : (年 月 日)									
		所見 : ()									
		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 : ()									

