

告示番号	7	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	31 門脈圧亢進症 (バンチ (Banti) 症候群を含む。)				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		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: () 吐血: [なし ・ あり] 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: () 吐血: [なし ・ あり] 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 (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 (胸腹部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
		超音波検査 (心臓): [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)					

告示番号	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	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):()				
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(胸腹部): [未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)		所見:()
		超音波検査(心臓): [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:()				
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