

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		☐ 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) 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（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]											
その他		吐下血：[なし ・ あり]													
		詳細：()													
		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]											
その他		吐下血：[なし ・ あり]													
		詳細：()													
		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)：()									
		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)											

