

告示番号	6	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	32 先天性門脈欠損症				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	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]				
		詳細: ()				
呼吸器・循環器	吐下血: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					
その他	下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]					
	呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]					
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	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]				
		詳細: ()				
呼吸器・循環器	吐下血: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					
その他	下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]					
	呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]					
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	
	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			
	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)				

告示番号	6 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	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()	
	MRI検査 (頭部) : [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 : ()	
	シンチグラフィ (肺血流) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()	
	シンチグラフィ (経直腸門脈) : [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 : () / 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	
	総胆汁酸 : () μ mol/L	アンモニア (NH3) : () 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		
	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)
画像検査	MRI検査 (頭部) : [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)
	シンチグラフィ (肺血流) : [未実施 ・ 実施]			実施日 : (年 月 日)
	シンチグラフィ (経直腸門脈) : [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 : ()			
カテーテル治療	Interventional radiology (IVR) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()			
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 ()			

告示番号	6	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)	3/3
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