

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 (継続申請用)		1/2	
病名	32 先天性門脈欠損症							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	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 (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	肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]											
		吐下血 : [ なし ・ あり ]											
呼吸器・循環器	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 ]												
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 : ( ) / $\mu$ 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		$\gamma$ -GTP : ( ) U/L			ChE : ( ) U/L							
	総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L		アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ 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		$\alpha$ -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 )			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 : ( )								
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) : ( )												
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 ( )

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