

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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)		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 (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]									
				詳細 : ()									
		呼吸器・ 循環器		吐血 : [なし ・ あり]									
詳細 : ()													
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]													
その他		呼吸困難 (労作時) : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											
		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 : () / 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							
		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)													
検査所見 (その他)		所見 : ()											
		CT または MRI 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		所見 : ()											
合併症		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)											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		所見 : ()											
		合併症 : [なし ・ あり]											
合併症		詳細 : ()											
		()											

