

告示番号		8		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	33 門脈・肝動脈瘻							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	治癒 ・ 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: ()											
		吐下血: [なし ・ あり] 詳細: ()											
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] 詳細: ()												
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: ()/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)										
超音波検査 (腹部): [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)										
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: ()												

告示番号 8 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) 2/2	
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