

告示番号	18	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	34 クリグラー・ナジャー (Crigler-Najjar) 症候群				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]					
		活気低下: [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: ()					
		発症時期: [生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2~3か月 ・ 生後4~6か月 ・ 生後7~9か月 ・ 生後10~12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降]					
	精神・神経	Moro反射消失: [なし ・ あり] 落陽現象: [なし ・ あり]					
意識障害: [なし ・ あり] 詳細: ()							
その他	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]					
		活気低下: [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: ()					
		発症時期: [生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2~3か月 ・ 生後4~6か月 ・ 生後7~9か月 ・ 生後10~12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降]					
	精神・神経	Moro反射消失: [なし ・ あり] 落陽現象: [なし ・ あり]					
意識障害: [なし ・ あり] 詳細: ()							
その他	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		網赤血球: ()%		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 (NH ₃): ()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: ()%		
					血清ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施		
	負荷試験	フェノバルビタール負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()					
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()						

告示番号	18 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	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：(年 月 日)	()	
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：()/μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清アルブミン：()g/dL D/T比：() LDH：()U/L 総胆汁酸：()μmol/L BUN：()mg/dL PT：()% 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 網赤血球：()% 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL AST：()U/L γ-GTP：()U/L アンモニア (NH3)：()μg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL PT-INR：()	ヘマトクリット (Ht)：()% 血清総蛋白：()g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL ALT：()U/L ChE：()U/L 総コレステロール：()mg/dL PT：()秒 HPT：()%	()
負荷試験	フェノバルビタール負荷試験：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：(年 月 日)	()	
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：(年 月 日)	()	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()	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：()		()	
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)	()	
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