

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 (継続申請用)		1/2			
病名	34 クリグラー・ナジャー (Crigler-Najjar) 症候群			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		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] 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: ()					
		痙攣: [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: () / 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		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: () 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: () %		
	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: ()			
	遺伝学的検査	遺伝子検査: [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: ()						

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 (継続申請用)		2/2
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]		導入年月 : (年 月)						
	血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]		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