

告示番号	5	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)	1/2	
病名	42 肝巨大血管腫				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)		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 (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	体重増加不良: [ なし ・ あり ]		易疲労性: [ なし ・ あり ]		出血傾向: [ なし ・ あり ]	
	消化器	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		脾腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		腹部膨満: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ]		心不全: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	甲状腺機能障害: [ なし ・ あり ]					
	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	体重増加不良: [ なし ・ あり ]		易疲労性: [ なし ・ あり ]		出血傾向: [ なし ・ あり ]	
	消化器	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		脾腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		腹部膨満: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ]		心不全: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	甲状腺機能障害: [ なし ・ あり ]					
	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	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$		血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL		AST: ( ) U/L		
	ALT: ( ) U/L		アンモニア (NH3): ( ) $\mu\text{g/dL}$		PT: ( ) 秒		
	PT: ( ) %		PT-INR: ( )		BNP: ( ) $\mu\text{g/mL}$ ・ 未実施		
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]						
	所見: ( )						
画像検査	画像検査: [ 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): ( )						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$		血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL		AST: ( ) U/L		
	ALT: ( ) U/L		アンモニア (NH3): ( ) $\mu\text{g/dL}$		PT: ( ) 秒		
	PT: ( ) %		PT-INR: ( )		BNP: ( ) $\mu\text{g/mL}$ ・ 未実施		
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]						
	所見: ( )						
画像検査	画像検査: [ 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: ( )						

告示番号 <b>5</b> 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〉		2/2
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
呼吸管理	気管挿管: [ なし ・ あり ]	気管切開管理: [ なし ・ あり ]
栄養管理	中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]	
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 )
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( ) 所見: ( )	
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