

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		29 肝硬変症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ( )											
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 (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													
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		黄疸 : 球結膜 : [ なし ・ あり ] 皮膚 : [ なし ・ あり ]									
				その他部位 : ( )									
				肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]									
				詳細 : ( )									
		吐血 : [ なし ・ あり ]											
		詳細 : ( )											
		皮膚・粘膜		皮膚掻痒 : [ なし ・ あり ]									
精神・神経		意識障害 : [ なし ・ あり ] 観察日 : ( 年 月 日 ) 肝性昏睡分類 (小児) : ( ) 度											
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 ]									
				易疲労性 : [ 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 : ( )									
				肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ]									
				詳細 : ( )									
		吐血 : [ なし ・ あり ]											
		詳細 : ( )											
		皮膚・粘膜		皮膚掻痒 : [ なし ・ あり ]									
精神・神経		意識障害 : [ なし ・ あり ] 観察日 : ( 年 月 日 ) 肝性昏睡分類 (小児) : ( ) 度											
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 : ( ) / $\mu$ 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				$\gamma$ -GTP : ( ) U/L				ChE : ( ) U/L			
		ZTT : ( ) U				総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L				アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ 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				$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( ) ng/mL ・ 未実施			
		ヒアルロン酸 : ( ) ng/mL				AST to platelet ratio index (APRI) : ( )							

受給者番号（		患者氏名（		）		
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〉	2/2
画像検査	単純X線検査（腹部）：[ 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：（ ）					
	CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	内視鏡検査（上部消化管）：[ 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	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 <sup>4</sup> /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 ZTT：（ ）U      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 ヒアルロン酸：（ ）ng/mL      AST to platelet ratio index（APRI）：（ ）					
	画像検査	単純X線検査（腹部）：[ 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：（ ）				
		CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
		内視鏡検査（上部消化管）：[ 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：（ ）				
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 ）					
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ 年 月 日 ） 内視鏡的結紮術：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ 年 月 日 ）					
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					
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				
医療機関住所		診療科				
		医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）				