

告示番号		4		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		41 肝巨大血管腫							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		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: () × 10 ⁴ /μL ALT: () U/L PT: () %			血清総ビリルビン (T-Bil): () mg/dL アンモニア (NH3): () μg/dL PT-INR: ()			AST: () U/L PT: () 秒 BNP: () pg/mL ・ 未実施					
病理検査		消化管生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見: ()			実施日: (年 月 日)								
画像検査		画像検査: [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		血小板数: () × 10 ⁴ /μL ALT: () U/L PT: () %			血清総ビリルビン (T-Bil): () mg/dL アンモニア (NH3): () μg/dL PT-INR: ()			AST: () U/L PT: () 秒 BNP: () pg/mL ・ 未実施					
病理検査		消化管生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見: ()			実施日: (年 月 日)								
画像検査		画像検査: [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): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	4	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
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						
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		
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	()	