

告示番号		12		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		18 急性肝不全 (昏睡型)						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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													
発症時期		発症時期： (歳 か月)											
症状	消化器	白色便： [なし ・ あり] 観察日： (年 月 日) 便色カード： () 番											
		黄疸：球結膜： [なし ・ あり] 皮膚： [なし ・ あり]											
		その他部位： ()											
		肝萎縮 (触診)： [なし ・ あり] 詳細： ()											
	皮膚・粘膜	皮膚粘膜の出血症状： [なし ・ あり] 詳細： ()											
	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	消化器	白色便： [なし ・ あり] 観察日： (年 月 日) 便色カード： () 番											
		黄疸：球結膜： [なし ・ あり] 皮膚： [なし ・ あり]											
		その他部位： ()											
		肝萎縮 (触診)： [なし ・ あり] 詳細： ()											
	皮膚・粘膜	皮膚粘膜の出血症状： [なし ・ あり] 詳細： ()											
	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		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 総胆汁酸： () μmol/L アンモニア (NH3)： () μg/dL BUN： () mg/dL 血清クレアチニン： () mg/dL PT： () 秒 PT： () % PT-INR： () 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											
		超音波検査 (腹部)： [未実施 ・ 実施] 実施日： (年 月 日) 所見： ()											
画像検査		CT 検査 (頭部)： [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)： ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	12	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
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：()mg/dL AST：()U/L γ-GTP：()U/L BUN：()mg/dL PT：()% α-フェトプロテイン（AFP）：()ng/mL・未実施		血清アルブミン：()g/dL ALT：()U/L 総胆汁酸：()μmol/L 血清クレアチニン：()mg/dL PT-INR：()		血清総ビリルビン（T-Bil）：()mg/dL D／T比：() LDH：()U/L アンモニア（NH3）：()μg/dL PT：()秒 フェリチン：()ng/mL・未実施	
画像検査	超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 所見：()		実施日：(年 月 日)			
	CT検査（頭部）：[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：()					
家族歴	肝疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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		
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 ()			