

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		29 肝硬変症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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 : ()												
皮膚・粘膜	吐下血 : [なし ・ あり]												
	詳細 : ()												
精神・神経	皮膚掻痒 : [なし ・ あり]												
	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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	白血球数 : () / μ L												
	血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L												
	ヘモグロビン (Hb) : () g/dL												
	ヘマトクリット (Ht) : () %												
	血清総蛋白 : () g/dL												
	血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL												
	血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL												
	AST : () U/L												
	ALT : () U/L												
	D/T比 : ()												
LDH : () U/L													
γ -GTP : () U/L													
ChE : () U/L													
ZTT : () U													
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-INR : ()													
HPT : () %													
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 : ()												

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〈継続申請用〉										2/2	
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		()															