

告示番号		18		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		19 新生児ヘモクロマトーシス							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 (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] 肝腫大 (触診)：[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 (申請時) ※直近の状況を記載														
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												
		病理検査		口唇生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
				所見：()										
		肝生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
		所見：()												
		画像検査		超音波検査 (頭部)：[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 (頭部)：[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：()		所見：()												
		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：()												
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()												
出生歴		胎児水腫：[なし ・ あり] 詳細：()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		18		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)											
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											
		小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)											