

告示番号		43		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		32 門脈・肝動脈瘻						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	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	肝腫大 (触診) : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		吐下血 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	呼吸器・ 循環器	下気道感染の頻度 : [ なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上 ]											
		呼吸困難 (労作時) : [ なし ・ あり ] 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 : ( ) / $\mu$ 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					
		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								
画像検査	単純X線検査 (胸腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ]						実施日 : ( 年 月 日 )						
	超音波検査 (心臓) : [ 未実施 ・ 実施 ]						実施日 : ( 年 月 日 )						
	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ]						実施日 : ( 年 月 日 )						
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ]						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 : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	43	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：( )					
カテーテル治療	Interventional radiology (IVR)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 所見：( )					
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)					