

告示番号		9		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		26 先天性多発肝内胆管拡張症（カロリ（Caroli）病）								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 ]											
		反復する発熱と腹痛: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		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: ( )											
		吐血: [ 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: ( )/μL      ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL      血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 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 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: ( ) 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 CRP: ( )mg/dL											
病理検査		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 (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: ( )											
家族歴		本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	9	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)					