

名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。
医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。
同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.2 慢性腎疾患の医療意見書

登録 小児慢性特定疾患(慢性腎疾患)医療意見書		(平成 17 年度) 県単独事業	
都道府県・指定都市・中核市番号: 1		保健所番号: 小樽市保健所	
受給者番号: 10123		新規(<input checked="" type="radio"/> 新規診断 <input type="radio"/> 転入 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開 <input type="radio"/> 無記入・他	
患者	ふりがな やまだたろう 氏名 山田太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 無記入 <input type="radio"/> 女	生年月日 <input type="radio"/> 昭和 17 年 1 月 2 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 (満 0 歳 11 ヶ月)
発症	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 17 年 11 月頃 (満 0 歳 10 ヶ月)	初診日 <input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 17 年 12 月 1 日	
疾患区分	02 慢性腎疾患	疾患名 膜性増殖性糸球体腎炎	ICD N05.5
平成 年 月 日の身長 cm、体重 kg、血圧 /			
血尿: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 肉眼的血尿 <input type="radio"/> 無記入 6~20 /視野 蛋白尿: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入 51~100 mg/dl 血清: 総蛋白 2.5 アルブミン 5.5 g/dl クレアチニン 3.3 mg/dl BUN mg/dl 総コレステロール 352 mg/dl IgA 125 mg/dl C3 415 mg/dl 腎エコー: <input type="radio"/> 未実施 <input checked="" type="radio"/> 実施 <input type="radio"/> 所見無 <input type="radio"/> 所見有 <input type="radio"/> 無記入 腎生検: <input type="radio"/> 未実施 <input checked="" type="radio"/> 実施 <input type="radio"/> 無記入			
合併症 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入			
薬物療法: <input type="radio"/> 未実施 <input type="radio"/> 実施 <input checked="" type="radio"/> 無記入 <input type="checkbox"/> ステロイド薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制薬 <input type="checkbox"/> アルブミン製剤 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> その他 腹膜・血液透析: <input type="radio"/> 未実施 <input type="radio"/> 実施 <input checked="" type="radio"/> 無記入 泌尿器科的手術: <input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 <input checked="" type="radio"/> 無記入 腎移植: <input type="radio"/> 未実施 <input type="radio"/> 実施 <input checked="" type="radio"/> 無記入 一つにチェック: <input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 寛解 <input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 不変 <input checked="" type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 悪化 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 無記入 再発回数:			
学校生活管理指導表の指導区分 <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input checked="" type="radio"/> 無記入			
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日	
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日 (月 回)	
上記の通り診断する		医療機関所在地	小樽市
平成 17 年 12 月 9 日		名称	小樽中央病院 小児科
		医師氏名	<input type="checkbox"/> 同意 <input checked="" type="checkbox"/> 消 <input type="checkbox"/> 無

【項目別入力方法】

平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。

県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。

都道府県・指定都市・中核市番号

- - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。

保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。

受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。

新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、「再開」[無記入・他]のいずれかを選びます。

「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。

「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要箇所を変更し、登録することができます。

患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。

男女 - - - - - [男]、[女]、[無記入]のいずれかを選びます。

生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

I C D疾患名 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。下段に表示用疾患名と ICD コードが自動表示されます。

I C Dコード - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。表示用疾患名が自動表示されます。

測定日 - - - - - [y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

身長(cm) - - - - - 小数点2位以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。

体重(kg) - - - - - 小数点2位以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。

血圧(分子) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。

血圧(分母) - - - - - 同上

血尿 - - - - - [無]、[有]、[肉眼的血尿]、[無記入] のいずれかを選びます。

視野 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。

尿蛋白 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

尿蛋白値(mg/dl) - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。

総蛋白(g/dl) - - - - - 小数点2位以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

アルブミン(g/dl) - - - - - 同上

クレアチニン(mg/dl) - - - - - 同上

BUN(mg/dl) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。

総コレステロール(mg/dl) - - - - - 同上

IgA(mg/dl) - - - - - 同上

C3(mg/dl) - - - - - 同上

腎エコー - - - - - [未実施]、[実施]、[所見無]、[所見有]、[無記入] のいずれかを選びます。

腎生検 - - - - - [未実施]、[実施]、[無記入] のいずれかを選びます。

合併症 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

薬物療法 - - - - - [未実施]、[実施]、[無記入] のいずれかを選びます。

ステロイド薬 - - - - - 該当する場合のみチェックを入れます。

抗凝固薬 - - - - - 同上

免疫抑制薬 - - - - - 同上

アルブミン製剤 - - - - - 同上

抗血小板薬 - - - - - 同上

降圧薬 - - - - - 同上

その他 - - - - - 同上

腹膜・血液透析 - - - - - [未実施]、[実施]、[無記入] のいずれかを選びます。

泌尿器科的手術 - - - - - [不要]、[必要]、[無記入] のいずれかを選びます。

腎移植 - - - - - [未実施]、[実施]、[無記入] のいずれかを選びます。

経過 - - - - - [治癒]、[寛解]、[改善]、[不変]、[再発]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無記入] のいずれかを選びます。

再発回数 - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

指導区分 - - - - - [A]、[B]、[C]、[D]、[E]、[無記入] のいずれかを選びます。

治療見込期間(入院) - - - - - 開始日 [平成y年m月d日] から終了日 [平成y年m月d日] を半角数字の右詰で、そのまま入力します。

治療見込期間(通院) - - - - - 開始日 [平成y年m月d日] から終了日 [平成y年m月d日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。

診断年月日 - - - - - [y年m月d日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。

医療機関所在地 - - - - - 当該の医療機関所在地を入力します。

名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。

医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。

同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.3 慢性呼吸器疾患の医療意見書

小児慢性特定疾患 登録管理システム Ver 4.0 (慢性呼吸器疾患)			
登録 小児慢性特定疾患(慢性呼吸器疾患)医療意見書 (平成 17 年度) <input type="checkbox"/> 県単独事業			
都道府県・指定都市・中核市番号:	1	保健所番号:	小樽市保健所 未確定
受給者番号:	10235	新規 <input checked="" type="radio"/> 新規診断 <input type="radio"/> 転入 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開 <input type="radio"/> 無記入・他	
患者	ふりがな やまだたろう 氏名 山田太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 無記入 <input type="radio"/> 女	生年月日 <input type="radio"/> 昭和 15 年 2 月 22 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 (満 2 歳 10 ヶ月)
発病	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 17 年 1 月頃 (満 1 歳 11 ヶ月)	初診日	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 17 年 1 月 6 日
疾患区分	03 慢性呼吸器疾患	疾患名	アレルギー性気管支炎 アレルギー性気管支炎 ICD J45.9
大発作: <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入 (頻度: <input type="radio"/> 年数回以内 <input type="radio"/> 半年に3回以上 <input type="radio"/> 3か月に3回以上 <input checked="" type="radio"/> 月に3回以上 <input type="radio"/> 無記入)			
発作型: <input type="radio"/> 間欠型 <input type="radio"/> 軽症持続型 <input type="radio"/> 中等症持続型 <input checked="" type="radio"/> 重症持続型1 <input type="radio"/> 重症持続型2 <input type="radio"/> 無記入・他			
血液検査: IgE (2234 U/ml)、RAST陽性抗原 (2 記入された抗原数を入力してください)			
末梢血好酸球 (2144 /mm3)、喀痰または鼻汁の好酸球 (<input type="radio"/> - <input checked="" type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++ <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 無記入)			
呼吸機能検査: FEV1.0 (1444 ml)、%FEV1.0 (23 %)、%PEF (42 %)			
吸入によるFEV1.0の改善率 (34 %)			
気道過敏性: <input type="radio"/> 未実施 <input type="radio"/> 実施 (過敏性: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無記入・他)			
酸素飽和度 () %、学校: <input type="radio"/> 院内学級 <input type="radio"/> 養護学校 <input type="radio"/> その他 <input checked="" type="radio"/> 無記入			
合併症: <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無記入・他)			
ステップ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 (または <input type="radio"/> 4-1 <input type="radio"/> 4-2) <input checked="" type="radio"/> 無記入			
<input type="checkbox"/> (1) 長期入院例 <input type="checkbox"/> (2) ステロイド依存例(吸入性ステロイドを除く)			
<input type="checkbox"/> (3) 1年以内に意識障害を伴う大発作あり <input type="checkbox"/> (4) 気管支炎や肺炎を繰り返す			
1か月間の治療点数 123			
(1つに○印: <input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 寛解 <input checked="" type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 不変 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 悪化 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 無記入・他)			
今後の治療方針 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 挿管 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養			
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日	
	通院	平成 17 年 1 月 6 日から平成 17 年 12 月 8 日 (月 5 回)	
上記の通り診断する	医療機関所在地	小樽市	
平成 17 年 12 月 8 日	名称	小樽病院 小児科	
	医師氏名	<input checked="" type="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 拒否 <input type="radio"/> 無	

【項目別入力方法】

平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。

県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。

都道府県・指定都市・中核市番号

- - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。

保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。

受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。

新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、「再開」「無記入・他」のいずれかを選びます。

「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。

「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要箇所を変更し、登録することができます。

患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。

男女 - - - - - [男]、[女]、[無記入] のいずれかを選びます。

生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

I C D疾患名 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。下段に表示用疾患名と ICD コードが自動表示されます。

I C Dコード - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。表示用疾患名が自動表示されます。

大発作 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

頻度 - - - - - [年数回以内]、[半年に3回以上]、[3ヶ月に3回以上]、[月に3回以上]、[無記入] のいずれかを選びます。

発作型 - - - - - [間欠型]、[軽症持続型]、[中等症持続型]、[重症持続型1]、[重症持続型2]、[無記入・他] のいずれかを選びます。

血液検査:IgE(U/ml) - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。

RAST - - - - - 記載された個数を半角数字(1桁)の右詰で入力します。

末梢血好酸球(/mm3) - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。

喀痰・鼻汁 - - - - - [-]、[+]、[++]、[+++]、[その他]、[無記入] のいずれかを選びます。

呼吸機能検査:FEV1.0(ml) - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。

%FEV1.0(%) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

%PEF(%) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

FEV1.0の改善率(%) - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

気道過敏症 - - - - - [未実施]、[実施]、[過敏症無]、[過敏症有]、[無記入・他] のいずれかを選びます。

酸素飽和度(%) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

学校 - - - - - [院内学級]、[養護学校]、[その他]、[無記入] のいずれかを選びます。

合併症 - - - - - [無]、[有]、[無記入・他] のいずれかを選びます。

ステップ - - - - - [1]、[2]、[3]、[4]、[4-1]、[4-2]、[無記入] のいずれかを選びます。

(1)長期入院例 - - - - - 該当する場合はチェックを入れます。

(2)ステロイド依存例 - - - - 同上

(3)1年以内に意識障害を
伴う大発作あり - 同上

(4)気管支炎や肺炎を
繰り返す - 同上

一ヶ月間の治療点数 - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。

経過 - - - - - [治癒]、[寛解]、[軽快]、[不変]、[再発]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無記入・他] のいずれかを選びます。

今後の治療方針 - - - - - [薬物療法]、[人工呼吸管理]、[酸素療法]、[気管切開管理]、[挿管]、[中心静脈栄養] で該当する場合チェックを入れます。

治療見込期間(入院) - - - 開始日[平成y年m月d日]から終了日[平成y年m月d日]を半角数字の右詰で、そのまま入力します。

治療見込期間(通院) - - - 開始日[平成y年m月d日]から終了日[平成y年m月d日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。

診断年月日 - - - - - [y年m月d日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。

医療機関所在地 - - - - - 当該の医療機関所在地を入力します。

名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。

医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。

同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.4 慢性心疾患の医療意見書

小児慢性特定疾患(慢性心疾患)		登録 小児慢性特定疾患(慢性心疾患)医療意見書		(平成 17 年度) <input type="checkbox"/> 県単独事業	
都道府県・指定都市・中核市番号: 1		保健所番号: 小樽市保健所		未確定	
受給者番号: 10123		新規 <input checked="" type="checkbox"/> 新規診断 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再開 <input type="checkbox"/> 無記入(他)	
患者	ふりがな やまだたろう 氏名 山田太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 無記入 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	13 年 10 月 21 日 (満 4 歳 2 ヶ月)
発症	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 17 年 5 月頃 (満 3 歳 7 ヶ月)		初診日	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	17 年 6 月 1 日
疾患区分	04 慢性心疾患	疾患名	心内膜床欠損症 ICD Q21.2		
体重増加不良: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入		体重	16 kg		
チアノーゼ: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入		多呼吸:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入		
易感染性: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入		哺乳力低下(食欲不振):	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入		
易疲労性(運動制限): <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入		(小学生以上 NYHA):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> 無記入		
現在の治療 <input type="checkbox"/> 強心薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 末梢血管拡張薬 <input type="checkbox"/> β ブロッカー <input type="checkbox"/> 人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他					
心電図: <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 右室肥大 <input type="checkbox"/> 左室肥大 <input type="checkbox"/> 両室肥大 <input type="checkbox"/> 無記入 <input type="checkbox"/> 右房肥大 <input type="checkbox"/> 左房肥大 <input checked="" type="checkbox"/> 両房肥大 <input type="checkbox"/> 無記入					
不整脈: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 診断名のみ記載 <input type="checkbox"/> 無記入 多源性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入					
胸部X線: 心胸郭比(12 %) 肺血流: <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 無記入					
心エコー: <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 所見のみ記載 <input type="checkbox"/> 無記入					
心臓カテテル検査: <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 無記入 動脈血酸素飽和度(12 %)					
肺動脈圧 -25 / 25 (平均圧 120 mmHg) 右室圧 -12 / -32 左室圧 -58 / -15					
大動脈圧 25 / 35 (平均圧 135 mmHg) Qp/Qs= 2.5 Rp/Rs= 6.5					
術後の残遺症、合併症または続発症: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無記入					
<input type="checkbox"/> a. 肺動脈狭窄(右室-肺動脈圧較差20 mmHg以上) <input type="checkbox"/> b. 大動脈狭窄(左室-大動脈圧較差20 mmHg以上)					
<input type="checkbox"/> c. 大動脈再狭窄(圧差20 mmHg以上) <input type="checkbox"/> d. 房室弁逆流(2度以上)					
<input type="checkbox"/> e. 半月弁逆流(2度以上: 肺動脈弁、大動脈弁) <input type="checkbox"/> f. 肺高血圧症(収縮期血圧40 mmHg以上)					
<input type="checkbox"/> g. 心筋障害 左室/体室駆出率0.6以下()					
<input type="checkbox"/> h. 不整脈(心室性期外収縮、上室性頻拍、心室性頻拍、心房粗細動、高度房室ブロック)					
手術: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 根治術不能 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入					
未実施: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 経過により必要 <input type="checkbox"/> 予定あり <input checked="" type="checkbox"/> 無記入					
実施: <input type="checkbox"/> 短絡手術 <input type="checkbox"/> その他の姑息術 <input type="checkbox"/> 2心室修復術 <input type="checkbox"/> フォンタン手術					
カテテル治療: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 術式のみ記載 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入					
<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input checked="" type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 無記入					
学校生活管理指導表の指導区分:(幼児も同様の基準に準じる) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> 無記入					
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日			
	通院	平成 17 年 6 月 1 日から平成 17 年 12 月 10 日 (月 5 回)			
上記の通り診断する		医療機関所在地	小樽市		
平成 17 年 12 月 10 日		名称	小樽東病院 小児科		
		医師氏名	<input type="checkbox"/> 同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

【項目別入力方法】

平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。
 県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。

都道府県・指定都市・中核市番号

- - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。
- 保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。
- 受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、「再開」[無記入・他] のいずれかを選びます。
「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。
「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要個所を変更し、登録することができます。
- 患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。
- 男 女 - - - - - [男]、[女]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- I C D疾患名 1～3 - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。
下段に表示用疾患名と ICD コードが自動表示されます。
意見書の最も左側に記載されている疾患名を上段に、2 番目を中段に、3 番目を下段に入力してください。
- I C Dコード 1～3 - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。
表示用疾患名が自動表示されます。
意見書の最も左側に記載されている疾患名を上段に、2 番目を中段に、3 番目を下段に入力してください。
- 体重増加不良 - - - - - [有]、[無]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 体重(kg) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2 桁以内)の右詰で入力します。
- 多呼吸 - - - - - [有]、[無]、[無記入] のいずれかを選びます。
- チアノーゼ - - - - - 同上
- 哺乳力低下(食欲不振) - - 同上
- 易感染性 - - - - - 同上
- 易疲労性(運動制限) - - - 同上
- 小学生以上 NYHA - - - - - [I]、[II]、[III]、[IV]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 強心薬 - - - - - 該当する場合はチェックを入れます。
- 利尿薬 - - - - - 同上
- 抗不整脈薬 - - - - - 同上
- 抗血小板薬 - - - - - 同上
- 抗凝固薬 - - - - - 同上
- 抹消血管拡張薬 - - - - 同上
- β ブロッカー - - - - - 同上
- 人工呼吸管理 - - - - - 同上
- 酸素療法 - - - - - 同上
- その他 - - - - - 同上
- 心電図(室) - - - - - [正常]、[右室肥大]、[左室肥大]、[両室肥大]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 心電図(房) - - - - - [右房肥大]、[左房肥大]、[両房肥大]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 不整脈 - - - - - [無]、[有]、[診断名のみ記載]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 多源性 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 心胸郭比(%) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2 桁以内)の右詰で入力します。
- 肺血流 - - - - - [正常]、[増加]、[減少]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 心エコー - - - - - [未実施]、[実施]、[所見のみ記載]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 心臓カテーテル検査 - - - [未実施]、[実施]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 動脈血酸素飽和度(%) - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2 桁以内)の右詰で入力します。
- 肺動脈圧(分子) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3 桁以内)の右詰で入力します。
- 肺動脈圧(分母) - - - - - 同上

肺動脈圧(平均)(mmHg) - - -	同上
右心圧(分子) - - - - -	同上
(分母) - - - - -	同上
左心圧(分子) - - - - -	同上
(分母) - - - - -	同上
大動脈圧(分子) - - - - -	同上
(分母) - - - - -	同上
(平均)(mmHg) - - -	同上
Qp/Qs - - - - -	小数点2位以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。
Rp/Rs - - - - -	同上
合併症 - - - - -	[無]、[有]、[無記入]のいずれかを選びます。
肺動脈狭窄 - - - - -	該当する場合はチェックを入れます。
大動脈狭窄 - - - - -	同上
大動脈再縮窄 - - - - -	同上
房室弁逆流 - - - - -	同上
半月弁逆流 - - - - -	同上
肺高血圧症 - - - - -	同上
心筋障害 - - - - -	同上
駆出率 - - - - -	小数点3位以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
不整脈 - - - - -	該当する場合はチェックを入れます。
手術 - - - - -	[未実施]、[実施]、[根治術不能]、[無記入]のいずれかを選びます。
未実施 - - - - -	[手術]項目で[未実施]の場合のみ記入します。[不要]、[経過により必要]、[予定あり]、[無記入]のいずれかを選びます。
実施 - - - - -	以下の4つは[手術]項目で[実施]の場合のみ記入します。
短絡手術 - - - - -	該当する場合はチェックを入れます。
その他の姑息術 - - - - -	同上
2心室修復術 - - - - -	同上
フォンタン手術 - - - - -	同上
カテーテル治療 - - - - -	[無]、[有]、[術式のみ記載]、[無記入]のいずれかを選びます。
経過 - - - - -	[治療]、[改善]、[不変]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無記入]のいずれかを選びます。
指導区分 - - - - -	[A]、[B]、[C]、[D]、[E]、[無記入]のいずれかを選びます。
治療見込期間(入院) - - -	開始日[平成y年m月d日]から終了日[平成y年m月d日]を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
治療見込期間(通院) - - -	開始日[平成y年m月d日]から終了日[平成y年m月d日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
診断年月日 - - - - -	[y年m月d日]は半角数字の右詰でそのまま入力します。
医療機関所在地 - - - - -	当該の医療機関所在地を入力します。
名称 - - - - -	当該の医療機関名称を入力します。
医師氏名 - - - - -	当該の医師氏名を入力します。
同意 - - - - -	同意書による同意の有無を入力します。

3.5 内分泌疾患の医療意見書

小児慢性特定疾患(内分泌疾患)	
登録 小児慢性特定疾患(内分泌疾患)医療意見書 (平成 17 年度) <input type="checkbox"/> 県単独事業	
都道府県・指定都市・中核市番号: 1	保健所番号: 小樽市保健所 未確定
受給者番号: 10123	新規 <input checked="" type="checkbox"/> 新規診断 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再開 <input type="checkbox"/> 無記入・他 <input type="checkbox"/>
患者 ふりがな やまだたろう 氏名 山田太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 無記入 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 12年 2月 5日 (満 5歳 8ヶ月)
発病 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 17年 3月頃 (満 5歳 1ヶ月)	初診日 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 17年 4月 1日
疾患区分 05 内分泌疾患	疾患名 甲状腺機能亢進症 ICD E05.0
現在: 平成 17年 3月 3日の身長 101 cm、体重 23 kg 標準体重 15 kg 肥満度 +53 +50 ~ +59 カウプ指数	
二次性徴Tanner B/G 5、PH 2、骨年齢 歳 ヶ月 (撮影 年 月) 思春期開始年齢 歳 (乳房腫脹、陰毛発生のみは除く)	
<input checked="" type="checkbox"/> 新生児スクリーニングで発見 <input type="checkbox"/> 他で発見 <input type="checkbox"/> 無記入	
甲状腺機能: T4 (μg/dl)、fT4 (ng/dl)、T3 (ng/ml)、TSH (μU/ml)	
その他の合併症 (<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無記入)	
(一つにチェック: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 寛解 <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 無記入)	
該当する治療法にチェック <input type="checkbox"/> 補充療法 <input type="checkbox"/> 機能抑制療法 <input type="checkbox"/> 他の薬物療法 <input type="checkbox"/> 運動制限あり <input type="checkbox"/> 手術予定あり <input type="checkbox"/> 術後成長ホルモン分泌不全性低身長症、ターナー症候群、または、ブラダークウィリ症候群 成長ホルモン治療 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入) 添付する成長ホルモン治療用意見書は (<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入)	
治療見込期間	入院 平成 年 月 日から平成 年 月 日 通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日 (月 回)
上記の通り診断する	医療機関所在地 小樽市 平成 17年 10月 15日 名称 小樽中央病院 小児 科 医師氏名 同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【項目別入力方法】

- 平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。
- 県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。
- 都道府県・指定都市・中核市番号 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。
- 保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。
- 受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、「再開」[無記入・他] のいずれかを選びます。
「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。
「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要箇所を変更し、登録することができます。
- 患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。
- 男女 - - - - - [男]、[女]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力しま

- す。
- ICD疾患名 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。
下段に表示用疾患名と ICD コードが自動表示されます。
- ICDコード - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。
表示用疾患名が自動表示されます。
- 現在の年月日 - - - - - [y年m月d日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
- 身長(cm) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
- 体重(kg) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
- B/G - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(1桁)の右詰で入力します。
- PH - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(1桁)の右詰で入力します。
- 骨年齢(歳ヶ月) - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 撮影 - - - - - [y年m月] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
- 思春期開始年齢(歳) - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 先天性甲状腺機能低下症、
先天性副腎過形成の場合 - [新生児スクリーニングで発見]、[他で発見]、[無記入]のいずれかを選びます。
- T4(μ g/dl) - - - - - 小数点2位以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。
- fT4(ng/dl) - - - - - 同上
- T3(ng/ml) - - - - - 同上
- TSH(μ U/ml) - - - - - 同上
- 合併症 - - - - - [無]、[有]、[無記入]のいずれかを選びます。
- 経過 - - - - - [治癒]、[寛解]、[改善]、[不変]、[再燃]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無記入]のいずれかを選びます。
- 補充療法 - - - - - 該当する場合のみチェックを入れます。
- 機能抑制療法 - - - - - 同上
- 他の薬物療法 - - - - - 同上
- 運動制限あり - - - - - 同上
- 手術予定あり - - - - - 同上
- 術後 - - - - - 同上
- 成長ホルモン治療 - - - - [要]、[不要]、[無記入]のいずれかを選びます。
- ホルモン治療意見書 - - - - [初回]、[継続]、[無記入]のいずれかを選びます。
- 治療見込期間(入院) - - - 開始日[平成y年m月d日]から終了日[平成y年m月d日]を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 治療見込期間(通院) - - - 開始日[平成y年m月d日]から終了日[平成y年m月d日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 診断年月日 - - - - - [y年m月d日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
- 医療機関所在地 - - - - - 当該の医療機関所在地を入力します。
- 名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。
- 医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。
- 同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.6 膠原病の医療意見書

小児慢性特定疾患(膠原病)			
登録 小児慢性特定疾患(膠原病)医療意見書		(平成 17 年度) <input type="checkbox"/> 県単独事業	
都道府県・指定都市・中核市番号:	1	保健所番号:	小樽市保健所 未確定
受給者番号:	10123	新規 <input checked="" type="radio"/> 新規診断 <input type="radio"/> 転入 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開 <input type="radio"/> 無記入・他	
患者	ふりがな やまだたろう 氏名 山田太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 無記入 <input type="radio"/> 女	生年 月日 <input type="radio"/> 昭和 14 年 3 月 7 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 (満 3 歳 5 ヶ月)
発病	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 15 年 8 月頃 (満 1 歳 5 ヶ月)	初診日	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 15 年 9 月 1 日
疾患区分	06 膠原病	疾患名	川崎病 川崎病 ICD M30.3
現在の症状 : 関節症状 : <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入 病型 : <input type="radio"/> 全身型 <input type="radio"/> 多関節型 <input type="radio"/> 少関節型 <input type="radio"/> 乾癬型 <input type="radio"/> 腱付着部炎関連 <input checked="" type="radio"/> 無記入 皮膚症状 : <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入 発熱 : <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入 レイノー症状 : <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> レイノー症状 <input type="radio"/> 無記入 眼症状 : <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入 口腔内症状 : <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無記入			
現在の治療 : <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無記入 <input type="checkbox"/> 非ステロイド系抗炎症薬 <input type="checkbox"/> ステロイド薬 <input type="checkbox"/> 免疫調整薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> γグロブリン製剤 <input type="checkbox"/> 強心利尿薬 <input type="checkbox"/> 理学作業療法 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤 <input type="checkbox"/> その他			
赤沈(12 mm/h) CRP(1 mg/dl) AST(<input type="radio"/> 増 <input type="radio"/> 正 <input checked="" type="radio"/> 無記入) ALT(<input type="radio"/> 増 <input type="radio"/> 正 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 末梢血:白血球(<input type="radio"/> 増 <input type="radio"/> 正 <input type="radio"/> 減 <input type="radio"/> 無記入) 貧血(<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 血小板(<input type="radio"/> 増 <input type="radio"/> 正 <input type="radio"/> 減 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 抗核抗体(<input type="radio"/> (-)、陰性) 抗DNA抗体(65 IU/ml) リウマトイド因子(<input type="radio"/> 未検査 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 抗SS-A/Ro抗体(<input type="radio"/> 未検査 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 抗SS-B/La抗体(<input type="radio"/> 未検査 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 抗RNP抗体(<input type="radio"/> 未検査 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 抗平滑筋抗体(<input type="radio"/> 未検査 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input checked="" type="radio"/> 無記入) 冠動脈所見 : <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 拡張 <input type="radio"/> 瘤形成 <input type="radio"/> 巨大瘤 <input type="radio"/> 狭窄 <input type="radio"/> 不明 <input checked="" type="radio"/> 無記入 生検 : <input type="radio"/> 未実施 <input checked="" type="radio"/> 実施 <input type="radio"/> 部位記入有り <input type="radio"/> 無記入			
合併症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無記入			
1つにチェック <input type="radio"/> 治癒 <input checked="" type="radio"/> 寛解 <input type="radio"/> 軽快 <input type="radio"/> 不変 <input type="radio"/> 再発 <input type="radio"/> 再燃 <input type="radio"/> 悪化 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 無記入			
治療見込期間	入院	平成	年 月 日から平成 年 月 日
	通院	平成	15 年 9 月 1 日から平成 17 年 8 月 1 日 (月 5 回)
上記の通り診断する		医療機関所在地	小樽市
平成 17 年 8 月 4 日		名称	小樽西病院 小児科
		医師氏名	同意 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

【項目別入力方法】

平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。

県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。

都道府県・指定都市・中核市番号

- - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。

保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。

受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。

新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、「再開」[無記入・他]のいずれかを選びます。

「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。

「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要箇所を変更し、登録することができます。

患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。

男女 - - - - - [男]、[女]、[無記入] のいずれかを選びます。

生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。

ICD疾患名 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。下段に表示用疾患名と ICD コードが自動表示されます。

ICDコード - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。表示用疾患名が自動表示されます。

関節症状 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

病型 - - - - - [全身型]、[多関節型]、[少関節型]、[乾癬型]、[腱付着部炎関連]、[無記入] のいずれかを選びます。

皮膚症状 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

発熱 - - - - - 同上

レイノー症状 - - - - - [無]、[有]、[レイノー症状]、[無記入] のいずれかを選びます。

眼症状 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

口腔内症状 - - - - - 同上

現在の治療 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

非ステロイド系抗炎症薬 - - 該当する場合はチェックを入れます。

ステロイド薬 - - - - - 同上

免疫調整薬 - - - - - 同上

免疫抑制薬 - - - - - 同上

抗凝固療法 - - - - - 同上

γグロブリン製剤 - - - - - 同上

強心利尿薬 - - - - - 同上

理学作業療法 - - - - - 同上

生物学的製剤 - - - - - 同上

その他 - - - - - 同上

赤沈(mm/h) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

CRP(mg/dl) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(1桁)の右詰で入力します。

AST - - - - - [増]、[正]、[無記入] のいずれかを選びます。

ALT - - - - - 同上

末梢血：白血球 - - - - - [増]、[正]、[減]、[無記入]のいずれかを選びます。

貧血 - - - - - [有]、[無]、[無記入] のいずれかを選びます。

血小板 - - - - - [増]、[正]、[減]、[無記入]のいずれかを選びます。

抗核抗体 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。

抗DNA抗体(IU/ml) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。

リウマトイド因子 - - - - - [未検査]、[陰性]、[陽性]、[無記入] のいずれかを選びます。

抗SS-A/Ro抗体 - - - - - 同上

抗SS-B/La抗体 - - - - - 同上

抗RNP抗体 - - - - - 同上

抗平滑筋抗体 - - - - - 同上

冠動脈所見 - - - - - [無]、[拡張]、[瘤形成]、[巨大瘤]、[狭窄]、[不明]、[無記入]のいずれかを選びます。

生検 - - - - - [未実施]、[実施]、[部位記入有り]、[無記入] のいずれかを選びます。

合併症 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。

経過 - - - - - [治癒]、[寛解]、[軽快]、[不変]、[再発]、[再燃]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無記入] のいずれかを選びます。

治療見込期間（入院） - - - 開始日 [平成 y年 m月 d日] から終了日 [平成 y年 m月 d日] を半角数字の右詰で、そのまま入力します。

治療見込期間（通院） - - - 開始日 [平成 y年 m月 d日] から終了日 [平成 y年 m月 d日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。

診断年月日 - - - - - [y年m月d日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。

医療機関所在地 - - - - - 当該の医療機関所在地を入力します。

名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。
医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。
同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.7 糖尿病の医療意見書

小児慢性特定疾患(糖尿病)	
登録 小児慢性特定疾患(糖尿病)医療意見書 (平成 17 年度) 県単独事業	
都道府県・指定都市・中核市番号: 1	保健所番号: 小樽市保健所 未確定
受給者番号: 10123	新規(<input checked="" type="radio"/> 新規診断 <input type="radio"/> 転入 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開 <input type="radio"/> 無記入・他)
患者 ふりがな やまだたろう 氏名 山田太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 無記入 <input type="radio"/> 女 生年月日 <input type="radio"/> 昭和 14 年 12 月 4 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 (満 2 歳 8 ヶ月)
発病 <input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 17 年 4 月頃 (満 2 歳 4 ヶ月)	初診日 <input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 17 年 5 月 1 日
疾患区分 07 糖尿病	疾患名 1型糖尿病 ICD E10.9
現在の症状 平成 17 年 2 月の身長 78 cm、体重 13 kg 標準体重 10 kg 肥満度 +30 +30 ~ +39 カウプ指数	
<input checked="" type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 多飲 <input type="checkbox"/> 多尿・多飲 <input type="checkbox"/> 無記入 (15 年 4 月頃より)、 <input checked="" type="checkbox"/> 体重減少 (15 年 4 月頃より)	
<input checked="" type="checkbox"/> 全身倦怠 (15 年 4 月頃より) <input checked="" type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 昏睡 (15 年 4 月頃より)	
学校検尿で発見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 無記入	
現在の治療 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 <input type="checkbox"/> IGF-1 <input type="checkbox"/> 食事・運動療法のみ	
病型: <input type="checkbox"/> 1型糖尿病 <input type="checkbox"/> 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 分類不能 <input checked="" type="radio"/> 無記入	
随時・空腹時血糖: <input checked="" type="radio"/> 随時血糖値 <input type="checkbox"/> 空腹時血糖値 <input type="checkbox"/> 無記入 [] mg/dl	
Insulin(12 μU/ml) HbA1c 42.5 %	
随時・早朝尿糖: <input checked="" type="radio"/> 随時尿糖値 <input type="checkbox"/> 早朝尿糖値 <input type="checkbox"/> 無記入 12 g/dl	
ケトン尿: <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="radio"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> ++++ 以上 <input type="checkbox"/> 無記入 蛋白尿: <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="radio"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ 以上 <input type="checkbox"/> 無記入	
血清GAD抗体(5.6 U/ml)	
血清: Na() mEq/L K() mEq/L Cl() mEq/L 中性脂肪() mg/dl BUN() mg/dl	
クレアチニン(5.6 mg/dl) GOT(123 mIU/ml) GPT() mIU/ml 総コレステロール(122 mg/dl)	
O-GTT(2型糖尿病のみ)(465 g負荷): 前(123 mg/dl) 1時間(466 mg/dl) 2時間(545 mg/dl)	
糖尿病性合併症 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 無記入 その他の合併症 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無記入	
<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 寛解 <input checked="" type="radio"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 無記入	
治療見込期間	入院 平成 17 年 6 月 1 日から平成 17 年 7 月 10 日
	通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日(月 回)
上記の通り診断する	医療機関所在地 小樽市
平成 17 年 8 月 4 日	名称 小樽南病院 小児科
	医師氏名 同意 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

【項目別入力方法】

- 平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。
- 県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。
- 都道府県・指定都市・中核市番号 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。
- 保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。
- 受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、「再開」[無記入・他] のいずれかを選びます。
「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。
「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要箇所を変更し、登録することができます。
- 患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。

男女 - - - - - [男]、[女]、[無記入] のいずれかを選びます。
 生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力
 します。
 発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力し
 ます。
 初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力しま
 す。
 ICD疾患名 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。
 下段に表示用疾患名と ICD コードが自動表示されます。
 ICDコード - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。
 表示用疾患名が自動表示されます。
 現在の症状 - - - - - [平成 y 年 m 月] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
 身長 - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
 体重 - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。
 多尿・多飲多尿 - - - - - [多尿]、[多飲]、[多尿・多飲]、[無記入] のいずれかを選びます。
 時期 - - - - - [平成 y 年 m 月頃] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
 体重減少 - - - - - 該当する場合はチェックを入れます。
 時期 - - - - - [平成 y 年 m 月頃] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
 全身倦怠 - - - - - 該当する場合はチェックを入れます。
 時期 - - - - - [平成 y 年 m 月頃] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
 意識障害 - - - - - 該当する場合はチェックを入れます。
 昏睡 - - - - - 同上
 昏睡時期 - - - - - [平成 y 年 m 月頃] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
 学校検尿で発見 - - - - - [有]、[無]、[無記入] のいずれかを選びます。
 インスリン - - - - - 該当する場合はチェックを入れます。
 経口血糖降下薬 - - - - - 同上
 IGF-1 - - - - - 同上
 食事・運動療法のみ - - - - - 同上
 病型 - - - - - [1型糖尿病]、[2型糖尿病]、[分類不能]、[無記入] のいずれかを選びます。
 随時・空腹時血糖 - - - - - [随時血糖値]、[空腹時血糖値]、[無記入] のいずれかを選びます。
 値(mg/dl) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
 Insulin(μ U/ml) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。
 HbA1c(%) - - - - - 小数点2以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
 随時・早朝尿糖 - - - - - [随時尿糖値]、[早朝尿糖値]、[無記入] のいずれかを選びます。
 値(g/dl) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。
 ケトン尿 - - - - - [-±]、[+]、[++]、[+++]、[++++以上]、[無記入] のいずれかを選びます。
 尿蛋白 - - - - - [-±]、[+]、[++]、[+++]、[無記入] のいずれかを選びます。
 血清 GAD 抗体(U/ml) - - - - - 小数点2以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。
 血清：Na(mEq/L) - - - - - 同上
 K(mEq/L) - - - - - 同上
 Cl(mEq/L) - - - - - 同上
 中性脂肪(mg/dl) - - - - - 同上
 BUN(mg/dl) - - - - - 同上
 クレアチニン(mg/dl) - - - - - 小数点2以下は切り捨てて、半角数字(2桁以内)の右詰で入力します。
 GOT(mIU/ml) - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
 GPT(mIU/ml) - - - - - 小数点2以下は切り捨てて、半角数字(4桁以内)の右詰で入力します。
 総コレステロール(mg/dl) - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
 O-GTT(2型糖尿病のみ)
 (g 負荷) - - - - - 同上
 前(mg/dl) - - - - - 同上
 1時間(mg/dl) - - - - - 同上
 2時間(mg/dl) - - - - - 同上
 糖尿病性合併症 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。
 その他の合併症 - - - - - 同上
 経過 - - - - - [治癒]、[寛解]、[改善]、[不変]、[再燃]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無
 記入] のいずれかを選びます。

- 治療見込期間（入院） - - - 開始日 [平成 y 年 m 月 d 日] から終了日 [平成 y 年 m 月 d 日] を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 治療見込期間（通院） - - - 開始日 [平成 y 年 m 月 d 日] から終了日 [平成 y 年 m 月 d 日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 診断年月日 - - - - - [y 年 m 月 d 日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
- 医療機関所在地 - - - - - 当該の医療機関所在地を入力します。
- 名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。
- 医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。
- 同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.8 先天性代謝異常の医療意見書

小児慢性特定疾患(先天性代謝異常)			
登録 小児慢性特定疾患(先天性代謝異常)医療意見書 (平成 17 年度) <input type="checkbox"/> 県単独事業			
都道府県・指定都市・中核市番号: 1		保健所番号: 小樽市保健所 未確定	
受給者番号: 10123		新規 <input checked="" type="radio"/> 新規診断 <input type="radio"/> 転入 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 再開 <input type="radio"/> 無記入・他 <input type="radio"/>	
患者 ふりがな	やまだたろう	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 無記入 <input type="radio"/> 女	生年月日 <input type="radio"/> 昭和 10 年 10 月 2 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 (満 7 歳 0 ヶ月)
氏名	山田太郎		
発症	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 16 年 5 月頃 (満 5 歳 7 ヶ月)	初診日	<input type="radio"/> 昭 <input checked="" type="radio"/> 平 16 年 7 月 3 日
疾患区分	08 先天性代謝異常	疾患名	ムコリブドーシスII型 ICD E77.0A
マスクリーニングで発見 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 知的障害 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 運動障害 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 成長障害 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 痙攣 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 嘔吐/下痢 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 肝腫 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 特異顔貌 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 眼科的異常 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 骨変形 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 尿路結石 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入 その他 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無記入			
血液分析: <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> アミノ酸 <input type="checkbox"/> 有機酸 <input checked="" type="checkbox"/> 脂質 <input type="checkbox"/> アンモニア <input checked="" type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> セルプラスミン <input checked="" type="checkbox"/> ガルコース <input type="checkbox"/> 銅 <input checked="" type="checkbox"/> 乳酸 <input type="checkbox"/> ビルビン酸 <input type="checkbox"/> その他			
尿分析: <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> アミノ酸 <input type="checkbox"/> 有機酸 <input checked="" type="checkbox"/> ムコ多糖体 <input checked="" type="checkbox"/> ガルコース <input type="checkbox"/> 蛋白 <input type="checkbox"/> その他			
負荷テスト <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 所見の記載有 <input type="checkbox"/> 無記入			
酵素活性測定 <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 所見の記載有 <input type="checkbox"/> 無記入			
遺伝子解析 <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 所見の記載有 <input type="checkbox"/> 無記入			
骨X線検査 <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 所見の記載有 <input type="checkbox"/> 無記入			
合併症 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無記入 知能指数 <input type="text"/>			
運動機能 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 座れる <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> 走れる <input checked="" type="checkbox"/> 無記入			
就学状況 <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 障害児学級 <input type="checkbox"/> 養護学校 <input type="checkbox"/> 訪問教育 <input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無記入			
1つにチェック <input checked="" type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 寛解 <input type="radio"/> 改善 <input type="radio"/> 不変 <input type="radio"/> 再燃 <input type="radio"/> 悪化 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 判定不能 <input type="radio"/> 無記入			
軟骨無形成症の場合: 成長ホルモン治療 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入			
添付する成長ホルモン治療用意見書は <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入			
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日	
	通院	平成 16 年 7 月 3 日から平成 17 年 10 月 8 日 (月 5 回)	
上記の通り診断する		医療機関所在地	小樽市
平成 17 年 10 月 8 日		名称	小樽中央病院 小児 科
		医師氏名	<input type="text"/> 同意 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

【項目別入力方法】

平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。
 県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。

都道府県・指定都市・中核市番号

- - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。

保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。

受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。

新規・継続 - - - - - [新規診断]、[転入]、[継続]、[再開] [無記入・他] のいずれかを選びます。
 「転入」を選んだ場合は転入元の実施主体を選んでください。

「継続」を選んだ場合、過去最新の意見書の内容を参照表示します。必要個所を変更し、登録することができます。

- 患者(ふりがな・氏名) - - - 各都道府県等で必要な場合のみ入力します。プライバシー保護のため、中央へは出力しません。
- 男女 - - - - - [男]、[女]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 生年月日 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 発病 - - - - - [昭和]、[平成] を選び、[y年m月頃] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 初診日 - - - - - [昭]、[平] を選び、[y年m月d日] は半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- ICD疾患名 - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。下段に表示用疾患名とICDコードが自動表示されます。
- ICDコード - - - - - 記入欄右の選択ボタンを押し、選択肢の中から該当するものを選んで入力します。表示用疾患名が自動表示されます。
- マスクリーニングで発見 - [有]、[無]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 知的障害 - - - - - 同上
- 運動障害 - - - - - 同上
- 成長障害 - - - - - 同上
- 痙攣 - - - - - 同上
- 嘔吐/下痢 - - - - - 同上
- 肝腫 - - - - - 同上
- 特異顔貌 - - - - - 同上
- 眼科的異常 - - - - - 同上
- 骨変形 - - - - - 同上
- 尿路結石 - - - - - 同上
- その他 - - - - - 同上
- 血液分析 - - - - - [未実施]、[実施] のいずれかを選びます。
- アミノ酸 - - - - - 該当している場合のみチェックを入れます。
- 有機酸 - - - - - 同上
- 脂質 - - - - - 同上
- アンモニア - - - - - 同上
- pH - - - - - 同上
- セルロプラスミン - - - - - 同上
- グルコース - - - - - 同上
- 銅 - - - - - 同上
- 乳酸 - - - - - 同上
- ピルビン酸 - - - - - 同上
- その他 - - - - - 同上
- 尿分析 - - - - - [未実施]、[実施] のいずれかを選びます。
- アミノ酸 - - - - - 該当している場合のみチェックを入れます。
- 有機酸 - - - - - 同上
- ムコ多糖体 - - - - - 同上
- グルコース - - - - - 同上
- 蛋白 - - - - - 同上
- その他 - - - - - 同上
- 負荷テスト - - - - - [未実施]、[実施]、[所見の記載有]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 酵素活性測定 - - - - - 同上
- 遺伝子解析 - - - - - 同上
- 骨X線解析 - - - - - 同上
- 合併症 - - - - - [無]、[有]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 知能指数 - - - - - 小数点以下は切り捨てて、半角数字(3桁以内)の右詰で入力します。
- 運動機能 - - - - - [寝たきり]、[座れる]、[歩行障害]、[歩ける]、[走れる]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 就学状況 - - - - - [通常学級]、[障害児学級]、[養護学級]、[訪問教育]、[就学前]、[その他]、[無記入] のいずれかを選びます。

- 経過 - - - - - [治癒]、[寛解]、[改善]、[不変]、[再燃]、[悪化]、[死亡]、[判定不能]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 成長ホルモン治療 - - - - [要]、[不要]、[無記入] のいずれかを選びます。
- ホルモン治療意見書 - - - - [初回]、[継続]、[無記入] のいずれかを選びます。
- 治療見込期間（入院） - - - 開始日 [平成 y 年 m 月 d 日] から終了日 [平成 y 年 m 月 d 日] を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 治療見込期間（通院） - - - 開始日 [平成 y 年 m 月 d 日] から終了日 [平成 y 年 m 月 d 日]、月の通院回数を半角数字の右詰で、そのまま入力します。
- 診断年月日 - - - - - [y 年 m 月 d 日] は半角数字の右詰でそのまま入力します。
- 医療機関所在地 - - - - - 当該の医療機関所在地を入力します。
- 名称 - - - - - 当該の医療機関名称を入力します。
- 医師氏名 - - - - - 当該の医師氏名を入力します。
- 同意 - - - - - 同意書による同意の有無を入力します。

3.9 血友病等血液・免疫疾患の医療意見書

小児慢性特定疾患(血友病等血液・免疫疾患)			
登録 小児慢性特定疾患(血友病等血液・免疫疾患)医療意見書 (平成 17 年度) 県単独事業			
都道府県・指定都市・中核市番号:	1	保健所番号:	小樽市保健所
受給者番号:	10123	新規	<input type="checkbox"/> 新規診断 <input type="checkbox"/> 転入 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再開 <input type="checkbox"/> 無記入
患者ふりがな	やまだたろう	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 無記入 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14 年 3 月 4 日 (満 3 歳 8 ヶ月)
氏名	山田太郎		
発病	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 16 年 7 月頃 (満 2 歳 4 ヶ月)	初診日	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 16 年 8 月 1 日
疾患区分	09 血友病等血液・免疫疾患	疾患名	遺伝性高ヘモグロビンF症 ICD D56.4
発熱:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入	鼻出血:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入
易感染性:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入	血尿:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入
黄疸:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入	発疹:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入
脾腫:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入	腫瘍:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入
関節痛:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入	貧血:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入
出血斑:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入	血管腫:	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無記入
Hb	(12 g/dl)	RBC	(123 ×10 ⁴ /μl)
Ht	(22 %)	Plt	(15 ×10 ⁴ /μl)
WBC	(21315 /μl)	好中球	() %
好酸球	() %	リンパ球	() %
単球	() %	網赤血球	(12 %)
出血時間	(32 分)	PT	(12 秒)
APTT	(12 秒)	第Ⅳ因子	(53 %)
第Ⅲ因子	(45 %)	血清間接ビリルビン	(6.0 mg/dl)
LDH	(2133 IU/l)	BUN	(55 mg/dl)
直接Coombs試験	<input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 無記入	IgG	(1354 mg/dl)
IgA	(132 mg/dl)	IgM	(513 mg/dl)
PA-IgG	() ng/10 ⁷ cells)	フェリチン	() ng/ml)
Fe	() μg/dl)	白血球機能検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施または所見 <input type="checkbox"/> 所見の自由記載のみあり <input type="checkbox"/> 無記入
血小板機能検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施または所見 <input type="checkbox"/> 所見の自由記載のみあり <input type="checkbox"/> 無記入	細胞表面抗原検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施または所見 <input type="checkbox"/> 所見の自由記載のみあり <input checked="" type="checkbox"/> 無記入
骨髓検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施または所見 <input type="checkbox"/> 所見の自由記載のみあり <input checked="" type="checkbox"/> 無記入	合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無記入
血栓症の既往:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入	入院加療を要する感染症:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無記入
年3回以上	<input type="checkbox"/>	3回未満	<input type="checkbox"/>
年間延べ3ヶ月以上	<input type="checkbox"/>	(1つに○印:	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 寛解 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 再燃 <input checked="" type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 無記入・他)
該当する治療法に○印:	<input type="checkbox"/> 補充療法 <input type="checkbox"/> G-CSF療法 <input type="checkbox"/> 除鉄剤 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> ステロイド薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制薬 <input type="checkbox"/> 抗腫瘍薬 <input type="checkbox"/> 再発予防法 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 膜膜透析 <input type="checkbox"/> 血液透析	治療見込期間	入院 平成 年 月 日から平成 年 月 日
通院	平成 16 年 8 月 1 日から平成 17 年 11 月 5 日 (月 4 回)	上記の通り診断する	医療機関所在地 小樽市
平成 17 年 11 月 5 日	名称 小樽病院 小児 科	医師氏名	同意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【項目別入力方法】

平成 年度 - - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている年度を表示します。

県単独事業 - - - - - 各都道府県等での単独事業の場合のみ入力します。

都道府県・指定都市・中核市番号

- - - - - 「2.1 年度・実施主体設定」により登録されている都道府県・指定都市・中核市番号を表示します。

保健所番号 - - - - - 「各保健所」「不明」「該当無し」より選択します。

受給者番号 - - - - - 半角数字の右詰で、そのまま入力します。