

告示番号		2		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	4 特発性間質性肺炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日	(年 月 日)												
症状	全身	成長障害: 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	成長障害: 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり]		酸素吸入条件: ()										
	pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施								
血液検査	KL-6: () U/mL ・ 未実施		SP-A: () ng/mL ・ 未実施		SP-D: () ng/mL ・ 未実施								
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡]								
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	VC: () mL ・ 未実施		FVC: () mL ・ 未実施		%VC: () % ・ 未実施								
	%FVC: () % ・ 未実施		FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : () %								
	FEV _{1.0} : () mL		FEV _{1.0} : () %		FEV _{1.0} : () %								
肺拡散能検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	DLco: () mL/min/mmHg		DLco/VA: () mL/min/mmHg/L										
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	びまん性間質性陰影: [なし ・ あり]		所見 (その他): ()										
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり]		SP-B遺伝子異常: [なし ・ あり]		ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり]								
	遺伝子異常 (その他): ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 2 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/3
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施	採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]
血液検査	KL-6: () U/mL ・ 未実施 SP-A: () ng/mL ・ 未実施 SP-D: () ng/mL ・ 未実施	
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡]
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%	
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L	
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) びまん性間質性陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり] SP-B遺伝子異常: [なし ・ あり] ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()	
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		
鑑別診断	心疾患、感染症、免疫不全、膠原病、重篤な嚥下機能障害、新生児慢性肺疾患 (CLD)、新生児呼吸窮迫症候群、嚢胞性肺線維症、薬剤性間質性肺炎、びまん性間質性陰影をきたしうる他の肺疾患 (肺胞蛋白症、肺胞微石症など)、が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]	
合併症	肺高血圧症の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	甲状腺機能異常の合併: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]	
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 詳細: ()	
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
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	
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 ()	
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
医療機関所在地	診断年月日	年 月 日
電話番号	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日