

告示番号		1		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	5 先天性肺胞蛋白症 (遺伝子異常が原因の間質性肺疾患を含む。)					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		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)						
発症時期	呼吸障害の発症時期: (歳 か月 日)						
症状	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]					
	その他	低ガンマグロブリン血症: [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	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]					
	その他	低ガンマグロブリン血症: [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	LDH: () U/L	実施日: (年 月 日)					
	血清IgG: () mg/dL	実施日: (年 月 日)					
	KL-6: () U/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)					
	SP-A: () ng/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)					
病理検査	気管支肺胞洗浄液: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				
	所見 (肉眼): ()		所見 (顕微鏡): ()				
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				
	所見: ()		CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()
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]		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): ()						
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)		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

告示番号 **1** 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**

血液検査	LDH : () U/L	実施日 : () 年 () 月 () 日
	血清 IgG : () mg/dL	実施日 : () 年 () 月 () 日
	KL-6 : () U/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
	SP-A : () ng/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
	SP-D : () ng/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
病理検査	気管支肺胞洗浄液 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	所見 (肉眼) : () 所見 (顕微鏡) : ()	
画像検査	単純X線検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	所見 : () CT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日
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] 遺伝子異常 (その他) : ()	ABCA3遺伝子異常 : [なし ・ あり]
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	心・大血管の異常 : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()	甲状腺機能異常の合併 : [なし ・ あり] 骨疾患の合併 : [なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()	
出生歴	出生時の呼吸障害 : [なし ・ あり] 新生児仮死 : [なし ・ あり]	
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]	
	クロロキン製剤 : [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法 : [なし ・ あり] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり]	
移植	肺移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日 : () 年 () 月 () 日	
	造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 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	
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。

告示番号	1	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)	3/3
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			