

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 (継続申請用)		1/2	
病名	5 先天性肺蛋白症 (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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)			
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 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									
最終受診日	( 年 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): ( )							
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 <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施		PO <sub>2</sub> : ( ) 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 )							
	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: ( )								
遺伝学的検査	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 ] 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 ]		甲状腺機能異常の合併: [ なし ・ あり ]		骨疾患の合併: [ なし ・ あり ]				
	合併症 (その他): ( )								
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 ]								

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 (継続申請用)		2/2	
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。

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