

| 告示番号                   |   | 3  |  | 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                     | 6 肺胞微石症   |  |  |         |                            |             | 受付種別                      | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><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)<br>(姓名)  |  |  |         | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)       |             | (セイメイ)<br>(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                         |                        | か月                        |     | 日 |
| 現在の身長・体重               | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)   |  |         |                            | 体重<br>(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 (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   | 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 ]  |  |         | 持続する咳嗽:[ なし ・ あり ]         |             |                           | 呼吸困難 (労作時):[ なし ・ あり ]   |                           |                        |                           |     |   |
|                        | その他   | 胸痛:[ なし ・ あり ] 心不全:[ なし ・ あり ]<br>下気道感染の頻度:[ なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上 ]<br>ばち指:[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他):( ) |  |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |   |  |  |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 病理検査                   | 肺生検:[ 未実施 ・ 実施 ]  |  |  |         | 実施日:( 年 月 日 )              |             |                           |  | 病理学的な微石の証明:[ なし ・ あり ]    |                        |                           |     |   |
| 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             |             | FEV <sub>1.0</sub> :( )mL |  | %FEV <sub>1.0</sub> :( )% |                        | FEV <sub>1.0%</sub> :( )% |     |   |
| 画像検査                   | 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                   |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 遺伝学的検査                 | 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 )              |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
|                        | 両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影:[ なし ・ あり ]   |  |  |         | 病変の下肺野優位:[ なし ・ あり ]       |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 検査所見 (その他)             | 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 ]<br>詳細:( )   |  |  |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 家族歴                    | 本疾患の家族歴:[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>詳細:( )  |  |  |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 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 ]   |  |  |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |
| 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 ]         |             | 気管挿管:[ 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 ( ) |  |  |         |                            |             |                           |  |                           |                        |                           |     |   |

|             |          |                |     |                  |   |                              |            |
|-------------|----------|----------------|-----|------------------|---|------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>3</b> | <b>慢性呼吸器疾患</b> | ( ) | <b>年度</b>        |   | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b> | <b>2/2</b> |
| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |