

告示番号 11		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	10 特発性肺ヘモジデロシス			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	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] 血痰・咯血:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり]						
		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]						
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]						
その他	ばち指:[なし ・ あり] 吐血の否定:[されていない ・ されている] 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	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] 血痰・咯血:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり]						
		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]						
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]						
再発	再発 (直近1年):[なし ・ あり] 再発と診断した根拠:血痰:[なし ・ あり] ヘモグロビンの低下 (2g/dL以上の低下):[なし ・ あり] 再発と診断した根拠:()							
その他	ばち指:[なし ・ あり] 吐血の否定:[されていない ・ されている] 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								
血液検査	ヘモグロビン (Hb):()g/dL		ヘマトクリット (Ht):()%		LDH:()U/L			
	血清鉄 (Fe):()μg/dL		フェリチン:()ng/mL ・ 未実施		ハプトグロビン:()mg/dL ・ 未実施			
	KL-6:()U/mL ・ 未実施		牛乳アレルギー:[なし ・ あり]					
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養):[なし ・ あり]							
	詳細:()							
細菌検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養):[なし ・ あり]							
	詳細:()							
病理検査	ヘモジデリン貪食細胞:[なし ・ あり] 検体採取部位:[喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液]							
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%} :()%				
生理機能検査	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)							
	肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影:[なし ・ あり]							
	所見 (その他):()							

告示番号 11 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
画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [なし ・ あり] 詳細: ()	
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		
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()μg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり]	
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
病理検査	ヘモジデリン貪食細胞: [なし ・ あり] 検体採取部位: [喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液]	
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) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [なし ・ あり] 詳細: ()	
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	肺出血をきたしうる他の疾患が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]	
合併症	膠原病の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	心・大血管の形態異常: [なし ・ あり (先天性) ・ あり (後天性)] 詳細: ()	
	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]	
薬物治療 (再発時)	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: () 薬物療法 (その他): ()	
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] 気管挿管: [なし ・ あり]	
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()	
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