

| 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 (継続申請用) | | 1/2 | | |
|------------------------|--|---|-----------------------------|----------------------|--|---------|
| 病名 | 10 特発性肺ヘモジデロシス | | | 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 | か月 日 | |
| 現在の身長・体重 | 身長 (測定日) | cm (SD) | | 体重 (測定日) | kg (SD) | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | BMI 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] 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 (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: () | | | | | |

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 (継続申請用) **2/2**

| | | | |
|--------------------|---|-----|--------------------|
| 合併症 | 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 |