

告示番号	23	先天性代謝異常	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2	
病名	138 α1-アンチトリプシン欠損症				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	持続する咳嗽: [なし ・ あり]		呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]			
	その他	修正MRC息切れスケール: [Grade 0 ・ Grade 1 ・ Grade 2 ・ Grade 3 ・ Grade 4]					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
症状	呼吸器・循環器	持続する咳嗽: [なし ・ あり]		呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり]			
	その他	修正MRC息切れスケール: [Grade 0 ・ Grade 1 ・ Grade 2 ・ Grade 3 ・ Grade 4]					
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	α1-アンチトリプシン: ()mg/dL						
血液ガス分析	実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]		酸素吸入: [なし ・ あり]		
生理機能検査	酸素吸入条件: ()		pH: ()		pCO ₂ : ()torr		
	pO ₂ : ()torr						
画像検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		β ₂ 刺激薬によるFEV1.0の改善率: ()%		
	FEV1.0: ()mL		%FEV1.0: ()%				
遺伝学的検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		SERPONA1遺伝子異常: [なし ・ あり]		
	気腫病変: [なし ・ あり]		気道病変: [なし ・ あり]				
検査所見 (その他)	所見 (その他): ()						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	α1-アンチトリプシン: ()mg/dL						
血液ガス分析	実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]		酸素吸入: [なし ・ あり]		
生理機能検査	酸素吸入条件: ()		pH: ()		pCO ₂ : ()torr		
	pO ₂ : ()torr						
画像検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		β ₂ 刺激薬によるFEV1.0の改善率: ()%		
	FEV1.0: ()mL		%FEV1.0: ()%				
遺伝学的検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		SERPONA1遺伝子異常: [なし ・ あり]		
	気腫病変: [なし ・ あり]		気道病変: [なし ・ あり]				
検査所見 (その他)	所見 (その他): ()						

告示番号 23 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 2/2	
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] 詳細: ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()
栄養管理	栄養管理: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()
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