

告示番号		2		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	4 特発性間質性肺炎							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)			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	全身	成長障害：低身長 (-2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
	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] 頻呼吸：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 心不全：[なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸：[なし ・ あり]											
その他	ばち指：[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 ₂ ：() torr ・ 未実施		PO ₂ ：() torr ・ 未実施								
血液検査	KL-6：() U/mL ・ 未実施		SP-A：() ng/mL ・ 未実施		SP-D：() ng/mL ・ 未実施								
病理検査	肺生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		検査方法：[開胸 ・ 胸腔鏡]								
	所見：()												
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} ：() %		FEV _{1.0} ：() %										
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)										
	びまん性間質性陰影：[なし ・ あり]		SP-C遺伝子異常：[なし ・ あり]		SP-B遺伝子異常：[なし ・ あり]		ABCA3遺伝子異常：[なし ・ あり]						
	遺伝子異常 (その他)：()												
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	心疾患、感染症、免疫不全、膠原病、重篤な嚥下機能障害、新生児慢性肺疾患 (CLD)、新生児呼吸窮迫症候群、嚢胞性肺線維症、薬剤性間質性肺炎、びまん性間質性陰影をきたしうる他の肺疾患 (肺胞蛋白症、肺胞微石症など)、が鑑別され除外されている：[未実施 ・ 実施]												
合併症	肺高血圧症の合併：[なし ・ あり]												
	詳細：()												
	甲状腺機能異常の合併：[なし ・ あり]												
	合併症 (その他)：()												

告示番号 2 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	
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] 詳細：()
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]
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