

告示番号		1		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	5 先天性肺胞蛋白症 (遺伝子異常が原因の間質性肺疾患を含む。)				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		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 )						
発症時期	呼吸障害の発症時期: ( 歳 か月 日 )						
症状	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [ なし ・ あり ]					
	その他	低ガンマグロブリン血症: [ なし ・ あり ] 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	肺高血圧症: [ なし ・ あり ]					
	その他	低ガンマグロブリン血症: [ なし ・ あり ] 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 <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施		PO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施
血液検査	LDH: ( ) U/L	実施日: ( 年 月 日 )					
	血清IgG: ( ) mg/dL	実施日: ( 年 月 日 )					
	KL-6: ( ) U/mL ・ 未実施	実施日: ( 年 月 日 )					
	SP-A: ( ) ng/mL ・ 未実施	実施日: ( 年 月 日 )					
	SP-D: ( ) ng/mL ・ 未実施	実施日: ( 年 月 日 )					
病理検査	気管支肺胞洗浄液: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	所見 (肉眼): ( )						
	所見 (顕微鏡): ( )						
	肺生検: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )						
画像検査	単純X線検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )						
	CT検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	SP-C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): ( )						
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 <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施		PO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施

告示番号 **1** 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**

血液検査	LDH : ( ) U/L	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	血清 IgG : ( ) mg/dL	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	KL-6 : ( ) U/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	SP-A : ( ) ng/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	SP-D : ( ) ng/mL ・ 未実施	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
病理検査	気管支肺胞洗浄液 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	所見 (肉眼) : ( ) 所見 (顕微鏡) : ( )	
画像検査	肺生検 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	所見 : ( )	
単純X線検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	
	所見 : ( )	
CT検査 (胸部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	
	所見 : ( )	
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	SP-C遺伝子異常 : [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他) : ( )	ABCA3遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]
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		
合併症	心・大血管の異常 : [ なし ・ あり ] 合併症 (その他) : ( )	甲状腺機能異常の合併 : [ なし ・ あり ] 骨疾患の合併 : [ なし ・ あり ]
家族歴	本疾患の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細 : ( )	
出生歴	出生時の呼吸障害 : [ なし ・ あり ] 新生児仮死 : [ なし ・ あり ]	
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 ]	
	クロロキン製剤 : [ なし ・ あり ]	
呼吸管理	酸素療法 : [ なし ・ あり ] 人工呼吸管理 : [ なし ・ あり ]	
移植	肺移植 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
	造血幹細胞移植 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]	実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
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