

病名	<b>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。)</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( ) 市区町村
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
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日		
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 ( )								
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	治癒 ・ 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									
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 (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 ) 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					採血部位: [ 動脈血 ・ 静脈血 ]			
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): ( )								
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 ]			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

**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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )