

病名	<b>6 肺胞微石症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
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

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

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 ] 呼吸困難(労作時):[ なし ・ あり ] 胸痛:[ 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 ]
	その他	ばち指:[ 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	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 ] 呼吸困難(労作時):[ なし ・ あり ] 胸痛:[ 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 ]
	その他	ばち指:[ 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

病理検査	肺生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 病理学的な微石の証明:[ なし ・ あり ]
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 <sub>1.0</sub> :( )mL %FEV <sub>1.0</sub> :( )% FEV <sub>1.0%</sub> :( )% 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
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) SLC34A2遺伝子異常:[ なし ・ あり ]
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

病理検査	肺生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 病理学的な微石の証明:[ なし ・ あり ]
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 <sub>1.0</sub> :( )mL %FEV <sub>1.0</sub> :( )% FEV <sub>1.0%</sub> :( )% 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

告示番号 <b>3</b>		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)		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )			
	SLC34A2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	合併症: [ なし ・ あり ]		詳細: ( )			
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		詳細: ( )			
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 ]					
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 ]					
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 ( )			