

病名	6 肺胞微石症					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	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	喘鳴:[なし・あり] 呼吸相:[吸気・呼気・呼吸気ともに]								
		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・回数以内・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(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 _{1.0} :()mL		%FEV _{1.0} :()%		FEV _{1.0%} :()%				
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	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				
両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影:[なし・あり]					病変の下肺野優位:[なし・あり]					
所見(その他):()										
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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)