

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------|---------------------------|-------------|----------------------|----------|---|---------------|---------------|------|-----------------------------|--|
| 病名 | 10 特発性肺ヘモジデロシス | | | | | | | | | | 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 | | 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 (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] 血痰・咯血: [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] | | | | | | | | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 副鼻腔炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | その他 | ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 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] 血痰・咯血: [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] | | | | | | | | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 副鼻腔炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 再発 | 再発 (直近1年): [なし ・ あり] 再発と診断した根拠: 血痰: [なし ・ あり] ヘモグロビンの低下 (2g/dL以上の低下): [なし ・ あり] 再発と診断した根拠: () | | | | | | | | | | | |
| その他 | ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | ヘモグロビン (Hb): () g/dL ヘマトクリット (Ht): () % LDH: () U/L 血清鉄 (Fe): () µg/dL フェリチン: () ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施 KL-6: () U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| 細菌検査 | 有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: () | | | | | | | | | | | | |
| | 有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: () | | | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | ヘモジデリン貪食細胞: [なし ・ あり] 検体採取部位: [喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液] | | | | | | | | | | | | |
| 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) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): () | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 画像検査 (再発時) | 単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [なし ・ あり] 詳細: () | |
| 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 | | |
| 血液検査 | ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()μg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり] | |
| 細菌検査 | 有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: () | |
| | 有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: () | |
| 病理検査 | ヘモジデリン貪食細胞: [なし ・ あり] 検体採取部位: [喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液] | |
| 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) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): () | |
| 画像検査 (再発時) | 単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [なし ・ あり] 詳細: () | |
| 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 | 肺出血をきたしうる他の疾患が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施] | |
| 合併症 | 膠原病の合併: [なし ・ あり] 詳細: () | |
| | 心・大血管の形態異常: [なし ・ あり (先天性) ・ あり (後天性)] 詳細: () | |
| | 合併症 (その他): () | |
| 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] | |
| 薬物治療 (再発時) | 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: () 薬物療法 (その他): () | |
| 栄養管理 | 中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸嚢・胃嚢含む): [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] 気管挿管: [なし ・ あり] | |
| 手術 | 手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: () | |
| 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 (_____)