

病名	10 特発性肺ヘモジデロシス					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(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:()									

合併症	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 (腸瘻・胃瘻含む)：[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 ()		