

病名	<b>11 慢性肺疾患</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	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	全身	体重増加不良:[ なし・あり ]								
	呼吸器・ 循環器	低酸素血症:[ なし・あり ]								
		呼吸障害:[ なし・あり ] 詳細:( )								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明 ] 移動障害:[ なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり ]								
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										
血液ガス分析	血液ガス分析:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )					採血部位:[ 動脈血・静脈血 ]				
	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									
血液検査	血清IgM(臍帯血):( )mg/dL		実施日:( 年 月 日 )							
	血清IgM(本人血):( )mg/dL		実施日:( 年 月 日 )							
	IL-6:( )pg/mL		未実施		実施日:( 年 月 日 )					
	KL-6:( )U/mL		未実施		実施日:( 年 月 日 )					
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:( )				
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )					実施時年齢:( 年 月 )				
	検査名:[ 田中・ピネー式・WPPSI・WISC・WAIS-R・新版K式・K-ABC・遠城寺式・KIDS・その他 ]									
	検査名(その他):( )									
	DQまたはIQ値:( )									
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 ] 合併症(その他):( )									
出生歴	出生時の呼吸障害:[ なし・あり ]			絨毛膜羊膜炎:[ なし・あり ]			びまん性絨毛膜羊膜炎ヘモジデロシス:[ 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 ]				
	利尿薬:[ なし・あり ]									
呼吸管理	酸素療法:[ なし・あり ]			非侵襲的陽圧換気療法:[ 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 ( )