

病名	<b>14 先天性嚢胞性肺疾患</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			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	全身	経口摂取困難:[ なし・あり ]				体重増加不良:[ なし・あり ]					
	呼吸器・循環器	呼吸困難:[ なし・あり ]				反復する下気道感染:[ なし・あり ]					
	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 ] てんかん:[ なし・あり ]									
		発達障害:[ なし・あり・不明 ]					自閉スペクトラム症:[ なし・あり・不明 ]				
	その他	注意欠如多動症:[ なし・あり・不明 ]					限局性学習症:[ なし・あり・不明 ]				
発達障害(その他):( )											
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	経口摂取困難:[ なし・あり ]				体重増加不良:[ なし・あり ]					
	呼吸器・循環器	呼吸困難:[ なし・あり ]				反復する下気道感染:[ なし・あり ]			反復する気胸:[ なし・あり ]		
	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 ] てんかん:[ なし・あり ]									
		発達障害:[ なし・あり・不明 ]					自閉スペクトラム症:[ なし・あり・不明 ]				
	その他	注意欠如多動症:[ なし・あり・不明 ]					限局性学習症:[ なし・あり・不明 ]				
発達障害(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	切除標本:[ 未実施・実施 ]					実施日:( )年( )月( )日					
画像検査	超音波検査(胎児):[ 未実施・実施 ]										
	実施日:( )年( )月( )日					所見:( )					
	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:( )						
MRI検査(胎児):[ 未実施・実施 ]											
実施日:( )年( )月( )日					所見:( )						
MRI検査(胸部):[ 未実施・実施 ]											
実施日:( )年( )月( )日					所見:( )						
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	切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
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: ( )
	MRI検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
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: ( )
既往歴	入院を要する呼吸器感染: [ なし ・ あり ] 過去1年間の入院回数: ( )回/年
出生歴	胎児水腫: [ なし ・ あり ] 胸水貯留: [ なし ・ あり ] 腹水貯留: [ なし ・ あり ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
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 ] 非侵襲的陽圧換気療法: [ 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 ) 遺残肺葉の病変: [ なし ・ あり ] 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 ( )