

病名	14 先天性嚢胞性肺疾患					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 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	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]		
	筋・骨格	胸郭変形:[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]	
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)				
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]			人工呼吸管理:[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]	
	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 ()