

病名	139 α1-アンチトリプシン欠損症					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	治療・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	持続する咳嗽:[ なし・あり ]				呼吸困難(労作時):[ なし・あり ]				修正MRC息切れスケール:[ Grade 0・Grade 1・Grade 2・Grade 3・Grade 4 ]	
	その他	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	持続する咳嗽:[ なし・あり ]				呼吸困難(労作時):[ なし・あり ]				修正MRC息切れスケール:[ Grade 0・Grade 1・Grade 2・Grade 3・Grade 4 ]	
その他	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	α1-アンチトリプシン:( )mg/dL										
血液ガス分析	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:( )		pCO <sub>2</sub> :( )torr		pO <sub>2</sub> :( )torr					
生理機能検査	呼吸機能検査:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			FEV1.0:( )mL %FEV1.0:( )% β <sub>2</sub> 刺激薬によるFEV1.0の改善率:( )%					
画像検査	CT検査(胸部):[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			気腫病変:[ なし・あり ] 気道病変:[ なし・あり ] 所見(その他):( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			SERPONA1遺伝子異常:[ なし・あり ]					
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	α1-アンチトリプシン:( )mg/dL										
血液ガス分析	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:( )		pCO <sub>2</sub> :( )torr		pO <sub>2</sub> :( )torr					
生理機能検査	呼吸機能検査:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			FEV1.0:( )mL %FEV1.0:( )% β <sub>2</sub> 刺激薬によるFEV1.0の改善率:( )%					
画像検査	CT検査(胸部):[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			気腫病変:[ なし・あり ] 気道病変:[ なし・あり ] 所見(その他):( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			SERPONA1遺伝子異常:[ なし・あり ]					
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: ( )
-----	-----------------------------

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	栄養管理: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )
------	-------------------------------

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 ( )