

告示番号 **23** 先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)

病名	139 α1-アンチトリプシン欠損症					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	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	持続する咳嗽:[ なし・あり ]				呼吸困難(労作時):[ なし・あり ]					
	その他	修正MRC息切れスケール:[ Grade 0・Grade 1・Grade 2・Grade 3・Grade 4 ]									
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 ]					
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								
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 ]					
	遺伝子異常(その他):( )										
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	( )					