

告示番号		1		慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2	
病名		5 先天性肺胞蛋白症（遺伝子異常が原因の間質性肺疾患を含む。）										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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		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		呼吸器・循環器 肺高血圧症：[なし ・ あり]													
		その他 低ガンマグロブリン血症：[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 ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施													
血液検査		LDH：()U/L 実施日：(年 月 日) 血清IgG：()mg/dL 実施日：(年 月 日) KL-6：()U/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日) SP-A：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日) SP-D：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)													
病理検査		気管支肺胞洗浄液：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見 (肉眼)：() 所見 (顕微鏡)：()													
		肺生検：[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：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) SP-C 遺伝子異常：[なし ・ あり] ABCA3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		心・大血管の異常：[なし ・ あり] 甲状腺機能異常の合併：[なし ・ あり] 骨疾患の合併：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()													
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()													
出生歴		出生時の呼吸障害：[なし ・ あり] 新生児仮死：[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]													
		クロロキン製剤：[なし ・ あり]													

2021a-001

告示番号	1	慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										2/2
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]											
移植	肺移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日)											
	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日)											
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						
						小児慢性特定疾病 指定医番号			()			