告示番号 3　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〉

病名	6　肺胞微石症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	呼吸器・循環器	喘鳴：[なし ・ あり]　呼吸相：[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症：[なし ・ あり]　持続する咳嗽：[なし ・ あり]　呼吸困難（労作時）：[なし ・ あり] 胸痛：[なし ・ あり]　心不全：[なし ・ あり] 下気道感染の頻度：[なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]
	その他	ばち指：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

病理検査	肺生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）　病理学的な微石の証明：[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） VC：（　　）mL ・ 未実施　FVC：（　　）mL ・ 未実施　%VC：（　　）% ・ 未実施 %FVC：（　　）% ・ 未実施　$FEV_{1.0}$：（　　）mL　$\%FEV_{1.0}$：（　　）%　$FEV_{1.0\%}$：（　　）%
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） DLco：（　　）mL/min/mmHg　DLco／VA：（　　）mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査またはCT検査（胸部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影：[なし ・ あり]　病変の下肺野優位：[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）　SLC34A2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：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（　　）

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]
	免疫抑制薬：[なし ・ あり]
呼吸管理	酸素療法：[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]
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
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

告示番号 3　**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**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日