

告示番号		11		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		10 特発性肺ヘモジデロシス							受付種別		☐ 新規		
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)					以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 () 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													
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] 血痰・咯血：[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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎：[なし ・ あり]											
	その他	ばち指：[なし ・ あり] 吐血の否定：[されていない ・ されている] 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	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] 血痰・咯血：[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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎：[なし ・ あり]											
	再発	再発 (直近1年)：[なし ・ あり] 再発と診断した根拠：血痰：[なし ・ あり] ヘモグロビンの低下 (2g/dL以上の低下)：[なし ・ あり] 再発と診断した根拠：()											
その他	ばち指：[なし ・ あり] 吐血の否定：[されていない ・ されている] 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		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% LDH：()U/L 血清鉄 (Fe)：()μg/dL フェリチン：()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン：()mg/dL ・ 未実施 KL-6：()U/mL・未実施 牛乳アレルギー：[なし ・ あり]											
細菌検査		有意菌の検出 (喀痰培養)：[なし ・ あり] 詳細：()											
		有意菌の検出 (抗酸菌培養)：[なし ・ あり] 詳細：()											
病理検査		ヘモジデリン貪食細胞：[なし ・ あり] 検体採取部位：[喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺泡洗浄液]											
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) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

8

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]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日