

告示番号		13		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		12 閉塞性細気管支炎						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		喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼吸吸気ともに]									
				呼吸困難:[なし ・ あり] 低酸素血症:[なし ・ あり] 頻呼吸:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり]									
				心不全:[なし ・ あり]									
		耳鼻咽喉		副鼻腔炎:[なし ・ あり]									
その他		ばち指:[なし ・ あり] 治療抵抗性 (治療によっても症状が60日以上持続する場合):[なし ・ あり] 症状 (その他):()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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		肺生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 検査方法:[開胸 ・ 胸腔鏡] 所見:()											
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 (副鼻腔):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		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) 気管支拡張:[なし ・ あり] 透過性の亢進:[なし ・ 全体的 ・ 部分的] CT上のモザイクパターン:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
		シンチグラフィ (肺):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
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:()											
既往歴		重篤な下気道感染の既往 (高度の酸素需要や人工呼吸管理が必要、2週間以上の入院などを目安とする):[なし ・ あり]											
		発症との関連が示唆される薬剤使用:[なし ・ あり] 詳細:()											

2021a-001

経過（申請時） ※直近の状況を記載

[illegible]

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	()