

病名	1 気道狭窄					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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 (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									
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]								
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()								
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]								
	気管狭窄症/気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]								
	気管支狭窄症/気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]								
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]							
	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] 呼吸困難: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 低酸素血症: [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] 心不全: [なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]							
	その他	症状 (その他): ()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]								
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()								
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]								
	気管狭窄症/気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]								
	気管支狭窄症/気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]								
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]							
	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] 呼吸困難: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 低酸素血症: [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] 心不全: [なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]							
	その他	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		

告示番号 **6** 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) **2/2**

生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: ()mL ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0%} : ()%	実施日: (年 月 日) FVC: ()mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %VC: ()% ・ 未実施 %FEV _{1.0} : ()%
--------	---	---

画像検査	画像検査: 実施日: (年 月 日) 検査方法: () 部位: () 所見: ()
------	---

検査所見 (その他)	検査所見 (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] 酸素吸入: [なし ・ あり] pH: () ・ 未実施	実施日: (年 月 日) 酸素吸入条件: () PCO ₂ : ()torr ・ 未実施	採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] PO ₂ : ()torr ・ 未実施
--------	--	---	--

生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: ()mL ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0%} : ()%	実施日: (年 月 日) FVC: ()mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %VC: ()% ・ 未実施 %FEV _{1.0} : ()%
--------	---	---

画像検査	画像検査: 実施日: (年 月 日) 検査方法: () 部位: () 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	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
-----	---

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]
------	--

栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]
------	--

呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]	経鼻エアウェイ: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり]
------	--	---	---------------------

手術	手術 1: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)
----	--	----------------

手術	手術 2: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)
----	--	----------------

手術	手術 3: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()	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: ()
---------	--------------

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 ()	