

病名	<b>2 気管支喘息</b>					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(申請時) ※直近の状況を記載											
症状 (呼吸器・循環器)	治療を考慮した真の重症度:[ 間欠型・軽症持続型・中等症持続型・重症持続型・最重症持続型 ] 症状のみの見かけの重症度:[ 間欠型・軽症持続型・中等症持続型・重症持続型・最重症持続型 ] 1年以内に3か月に3回以上の大発作があったか:[ なし・あり ] 1年以内に意識障害を伴う大発作があったか:[ なし・あり ] 治療で人工呼吸管理又は挿管を行うか:[ なし・あり ] 概ね1ヶ月以上長期入院療法を行うか:[ なし・あり ] 大発作:[ 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 ]										
	オマリズマブ等の生物学的製剤の投与を行ったか:[ なし・あり ] 使用薬剤名:( )										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査	好酸球数:( )/μL 総IgE:( )IU/mL 実施日:( 年 月 日 )										
	特異的IgE抗体:実施日:( 年 月 日 )										
	スコア(ダニ): [ 未実施・0・1・2・3・4・5・6 ]										
	スコア(スギ): [ 未実施・0・1・2・3・4・5・6 ]										
	スコア(アルテルナリア): [ 未実施・0・1・2・3・4・5・6 ] スコア(ネコ): [ 未実施・0・1・2・3・4・5・6 ] スコア(イヌ): [ 未実施・0・1・2・3・4・5・6 ] スコア(その他):( )										
病理検査	喀痰または鼻汁の好酸球:[ -・+・++・+++ ]										
生理機能検査	呼吸機能検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) FEV <sub>1.0</sub> :( )mL %FEV <sub>1.0</sub> :( )% FEV <sub>1.0%</sub> :( )% MMF:( )L/sec %V <sub>50</sub> :( )% β <sub>2</sub> 刺激薬によるFEV <sub>1.0</sub> の改善率:( )%										
気道過敏性検査	気道過敏性検査:[ 未実施・過敏性なし・過敏性あり ]										
呼気中一酸化窒素濃度測定	呼気中一酸化窒素濃度測定:[ 未実施・実施 ] 呼気一酸化窒素濃度:( )ppb 吸入ステロイドの使用:[ 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	アレルギー合併症:[ なし・あり ] 詳細:( )										
	重症心身障害:[ なし・あり ] 詳細:( )										
	合併症(その他):( )										
出生歴	分娩様式:[ 経膣分娩・帝王切開・不明 ]										
喫煙歴	家族内の喫煙の有無:[ なし・屋外喫煙のみ・屋内喫煙あり・不明 ]										
ペット歴	ペットの有無:[ なし・あり ] ペット(ネコ):[ なし・あり ] ペット(イヌ):[ なし・あり ] ペット(その他):( )										

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	治療ステップ: [ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ] 吸入ステロイド剤以外の経口ステロイド剤依存: [ なし ・ あり ] 1か月の治療点数: ( ) 点
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

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 ( )