

病名	2 気管支喘息					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 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]									
病理検査	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):()									
	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 _{1.0} :()mL			%FEV _{1.0} :()%		FEV _{1.0%} :()%		MMF:()L/sec		
気道過敏性検査	%V ₅₀ :()%									
	β ₂ 刺激薬によるFEV _{1.0} の改善率:()%									
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:[経産分娩・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] 気管挿管: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり]	人工呼吸管理: [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 ()