

病名	3 先天性中枢性低換気症候群					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														
症状	呼吸器・循環器	覚醒時無呼吸または低換気: [なし ・ あり]				睡眠時無呼吸または低換気: [なし ・ あり]				気道病変: [なし ・ あり]				
	心不全: [なし ・ あり]	不整脈: [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														
症状	呼吸器・循環器	覚醒時無呼吸または低換気: [なし ・ あり]				睡眠時無呼吸または低換気: [なし ・ あり]				気道病変: [なし ・ あり]				
	心不全: [なし ・ あり]	不整脈: [なし ・ あり]												
精神・神経	自律神経障害: [なし ・ あり] 詳細: ()													
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 (覚醒時、人工呼吸非使用)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]									
酸素吸入: [なし ・ あり]	酸素吸入条件: ()													
PCO ₂ : () torr ・ 未実施	PO ₂ : () torr ・ 未実施													
血液ガス分析 (睡眠時、人工呼吸非使用)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]									
酸素吸入: [なし ・ あり]	酸素吸入条件: ()													
PCO ₂ : () torr ・ 未実施	PO ₂ : () torr ・ 未実施													
睡眠時モニタリング	睡眠時SpO ₂ モニタリング: [なし ・ あり] 詳細: ()													
睡眠時EtCO ₂ (TcPCO ₂) モニタリング: [なし ・ あり] 詳細: ()														
スリープスタディ	睡眠時無呼吸: [なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性]				Apnea hypopnea index (AHI): ()				炭酸ガス換気応答試験: () mL/min/kg/mmHg					
炭酸ガス換気応答試験: () mL/min/kg/mmHg														
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]				PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長: [なし ・ あり]				非ポリアラニン伸長変異: [なし ・ あり]					
詳細: ()														
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 (覚醒時)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]									
酸素吸入: [なし ・ あり]	酸素吸入条件: ()													
PCO ₂ : () torr ・ 未実施	PO ₂ : () torr ・ 未実施													
血液ガス分析 (睡眠時)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]									
酸素吸入: [なし ・ あり]	酸素吸入条件: ()													
PCO ₂ : () torr ・ 未実施	PO ₂ : () torr ・ 未実施													
スリープスタディ	睡眠時無呼吸: [なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性]				Apnea hypopnea index (AHI): ()				炭酸ガス換気応答試験: () mL/min/kg/mmHg					
炭酸ガス換気応答試験: () mL/min/kg/mmHg														

告示番号 8		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
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()	PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長: [なし ・ あり]	非ポリアラニン伸長変異: [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				
鑑別診断	本症以外の睡眠時無呼吸・低換気となるような疾患鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]			
合併症	ヒルシュスプルング病: [なし ・ あり]	中枢神経疾患: [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	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()			
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]	横隔膜ペーシング: [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	気管挿管: [なし ・ あり] 呼吸管理 (その他): [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 ()			