

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 (継続申請用)

病名	3 先天性中枢性低換気症候群					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	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	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(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:()L/min/m ² /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):()										
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]			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:()
	治療見込み期間(外来)		開始日:()		年		月		日		終了日:()
										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						
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						
					(印)						