

病名	7 線毛機能不全症候群 (カルタゲナー (Kartagener) 症候群を含む。)					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	全身	内臓逆位: [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]								
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [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]								
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]								
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	内臓逆位: [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]								
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [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]								
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]								
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 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										
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()									
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()									
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()									
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%									
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L									
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()									
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()									
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

細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	有意菌の検出 (抗酸菌培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
病理検査	生検 : [未実施 ・ 実施] 部位 : [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
生理機能検査	呼吸機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) VC : () mL ・ 未実施 FVC : () mL ・ 未実施 %VC : ()% ・ 未実施 %FVC : ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%
	肺拡散能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) DLco : () mL/min/mmHg DLco/VA : () mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	単純X線検査またはCT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 無気肺 : [なし ・ あり] 気管支拡張像 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
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	膠原病の合併 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	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]
	免疫抑制剤 : [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] 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]
手術	手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 術式 : () 所見 : ()
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 ()