

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"/> 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	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	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 (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: ()									
病理検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり]									
	詳細: ()									
生理機能検査	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): ()									
画像検査	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%} : ()%									
合併症	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									
検査所見 (その他)	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	所見: ()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	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): ()										
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	膠原病の合併: [なし ・ あり]									
	詳細: ()									
合併症	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]									

