

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------|-----------|---------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|-------|--------------|--|
| 病名 | 8 嚢胞性線維症 | | | | | 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 | 体重増加不良:[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] | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 脂肪便:[なし・あり] 慢性膵炎:[なし・あり] 肝硬変:[なし・あり] | | | | | | | | | |
| | 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 | 体重増加不良:[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] | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 脂肪便:[なし・あり] 慢性膵炎:[なし・あり] 肝硬変:[なし・あり] | | | | | | | | | |
| | 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 | 便中キモトリプシン活性の低下:[なし・あり・未実施] | | | | | 尿中PABA排泄率の低下:[なし・あり・未実施] | | | | | |
| 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%} :()% | | | | |
| 発汗試験 | 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 | | | |
| | 発汗試験:[未実施・実施] | | 実施日:(年 月 日) | | | 汗中Cl濃度:()mEq/L | | | | | |
| 画像検査 | 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) | | | | | | | | |
| | 気管支拡張:[なし・あり] 詳細:() | | 気管狭窄:[なし・あり] 詳細:() | | 所見(その他):() | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査:[未実施・実施] | | 実施日:(年 月 日) | | | CFTR遺伝子異常:[なし・あり] | | | | | |
| 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 | 便中キモトリプシン活性の低下: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中PABA排泄率の低下: [なし ・ あり ・ 未実施] |
| 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 |
| 発汗試験 | 発汗試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 汗中Cl濃度: ()mEq/L 試験方法: () |
| 画像検査 | 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) 気管支拡張: [なし ・ あり] 詳細: () 気管狭窄: [なし ・ あり] 詳細: () 所見 (その他): () |
| | 遺伝学的検査 |
| 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 | 心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): () |
| 既往歴 | 胎便性イレウスの既往: [なし ・ あり] |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: () |

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] |
| 栄養管理 | 中心静脈栄養: [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] |
| 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 ()