

病名	8 嚢胞性線維症			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	治療 ・ 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

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	脂便: [なし ・ あり] 慢性肺炎: [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 (申請時) ※直近の状況を記載

細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [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	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): ()

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: ()

