

病名	9 気管支拡張症					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	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:()									
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 : ()
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]
	免疫抑制薬 : [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 ()			