

病名	9 気管支拡張症					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	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:()									
	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)				
画像検査	DLco:()mL/min/mmHg DLco/VA:()mL/min/mmHg/L					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] 気管挿管：[なし ・ あり]	気管切開管理：[なし ・ あり]	人工呼吸管理：[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 ()