

告示番号		13		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	12 閉塞性細気管支炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月			日	
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	%			
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			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													
最終受診日	(年 月 日)												
症状	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]									
		呼吸困難: [なし ・ あり]		低酸素血症: [なし ・ あり]			頻呼吸: [なし ・ あり]		持続する咳嗽: [なし ・ あり]				
	心不全: [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]		治療抵抗性 (治療によっても症状が60日以上持続する場合): [なし ・ あり]										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	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]									
		呼吸困難: [なし ・ あり]		低酸素血症: [なし ・ あり]			頻呼吸: [なし ・ あり]		持続する咳嗽: [なし ・ あり]				
	心不全: [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]		治療抵抗性 (治療によっても症状が60日以上持続する場合): [なし ・ あり]										
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: ()												
細菌検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡]							
所見: ()													
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)			気管支拡張: [なし ・ あり]		透過性の亢進: [なし ・ 全体的 ・ 部分的]		CT上のモザイクパターン: [なし ・ あり]			
所見 (その他): ()													
シンチグラフィ (肺): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)											
所見: ()													
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	肺生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査方法 : [開胸 ・ 胸腔鏡] 所見 : ()
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) 気管支拡張 : [なし ・ あり] 透過性の亢進 : [なし ・ 全体的 ・ 部分的] CT上のモザイクパターン : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
	シンチグラフィ (肺) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
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	合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
既往歴	重篤な下気道感染の既往 (高度の酸素需要や人工呼吸管理が必要、2週間以上の入院などを目安とする) : [なし ・ あり]
	発症との関連が示唆される薬剤使用 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
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]
移植	肺移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日 : (年 月 日)
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
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 ()
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日