

病名	12 閉塞性細気管支炎					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	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし・あり] 呼吸相:[吸気・呼気・呼吸気ともに] 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] 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:()								
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

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 ()