

告示番号 <b>13</b>		慢性呼吸器疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	<b>12 閉塞性細気管支炎</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
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 ] 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 <sub>1.0</sub> :( )mL %FEV <sub>1.0</sub> :( )% FEV <sub>1.0%</sub> :( )%					
	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:( )					

告示番号 <b>13</b> 慢性呼吸器疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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 ] 免疫抑制剤：[ 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