

病名	13 先天性横隔膜ヘルニア					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	全身	経口摂取困難:[なし・あり]									
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]				肺高血圧症:[なし・あり]					
	消化器	胃食道逆流症:[なし・あり]									
	筋・骨格	漏斗胸:[なし・あり]			側彎:[なし・あり]			胸郭変形:[なし・あり]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]									
		移動障害:[なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり]									
		てんかん:[なし・あり]									
耳鼻咽喉	発達障害:[なし・あり・不明]		自閉スペクトラム症:[なし・あり・不明]								
	注意欠如多動症:[なし・あり・不明]		限局性学習症:[なし・あり・不明]								
	発達障害(その他):()										
その他	症状(その他):()										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
画像検査	単純X線検査:[未実施・実施]	実施日:(年 月 日)									
	部位:()										
	所見:()										
	CT検査:[未実施・実施]	実施日:(年 月 日)									
部位:()											
所見:()											
MRI検査:[未実施・実施]	実施日:(年 月 日)										
部位:()											
所見:()											
画像検査(その他):[未実施・実施]	実施日:(年 月 日)										
部位:()											
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	入院を要する呼吸器感染:[なし・あり]					過去1年間の入院回数:()回/年					
経過(申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	薬物療法:[なし・あり] 詳細:()										

告示番号 7 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) 2/2

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] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]	気管切開管理：[なし ・ あり]
リハビリテーション	補装具の使用：補聴器：[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 ()