

病名	1 胸郭不全症候群					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	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] BMI: [10未満 ・ 10以上15未満 ・ 15以上20未満 ・ 20以上25未満 ・ 25以上] 経口摂取困難: [なし ・ あり] 体重増加不良: [なし ・ あり] 反復する下気道感染: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	脊柱変形: [なし ・ あり] 病型: [側弯 ・ 後弯 ・ 前弯 ・ 後側弯 ・ 前側弯 ・ その他] 病型 (その他): ()							
		胸郭変形: [なし ・ あり] 病型: [漏斗胸 ・ 樽状胸郭 ・ 回旋変形] 病型 (その他): ()							
		筋力低下: 上肢: [なし ・ あり ・ 不明]		下肢: [なし ・ あり ・ 不明]		四肢: [なし ・ あり ・ 不明]			
	精神・神経	精神発達遅滞: [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 ・ 不明] 痙性麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 弛緩性麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり ・ 不明] 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): ()							
呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]								
その他	症状 (その他): ()								
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
生理機能検査	6分間歩行検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
	睡眠ポリソムノグラフィ検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
画像検査	超音波検査 (胎児): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
	単純X線検査 (脊柱): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
	CT検査 (脊柱): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
	MRI検査 (脊柱): [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] 染色体異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()								
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()								

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: ()		
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]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	人工呼吸管理: [なし ・ あり]
リハビリテーション	矯正ギプス: [なし ・ あり] 開始時期: (年 月) 詳細: ()		
	矯正装具: [なし ・ あり] 開始時期: (年 月) 装具の種類: [CTLSO ・ TLSO ・ その他] 詳細: ()		
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 ()