

告示番号		1		骨系統疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	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		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]						
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()