

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〈新規申請用〉		1/3	
病名		13 先天性横隔膜ヘルニア							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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)			BMI			
			年 月 日				年 月 日					肥満度	%
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
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]											
	耳鼻咽喉	難聴:[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他):()											
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]											
		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):()											
	耳鼻咽喉	難聴:[なし ・ あり]											
その他	症状 (その他):()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
病理検査		組織診:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 詳細:()											
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:[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:()											

