

告示番号		8		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〉		1/2			
病名		3 先天性中枢性低換気症候群								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		呼吸器・循環器		覚醒時無呼吸または低換気：[なし ・ あり] 睡眠時無呼吸または低換気：[なし ・ あり] 気道病変：[なし ・ あり] 心不全：[なし ・ あり] 不整脈：[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		呼吸器・循環器		覚醒時無呼吸または低換気：[なし ・ あり] 睡眠時無呼吸または低換気：[なし ・ あり] 気道病変：[なし ・ あり] 心不全：[なし ・ あり] 不整脈：[なし ・ あり]													
		精神・神経		自律神経障害：[なし ・ あり] 詳細：()													
		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																	
血液ガス分析 (覚醒時、人工呼吸非使用)		血液ガス分析：[未実施 ・ 実施] 採血部位：[動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入：[なし ・ あり] 酸素吸入条件：() PCO ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施															
血液ガス分析 (睡眠時、人工呼吸非使用)		血液ガス分析：[未実施 ・ 実施] 採血部位：[動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入：[なし ・ あり] 酸素吸入条件：() PCO ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施															
睡眠時モニタリング		睡眠時 SpO ₂ モニタリング：[なし ・ あり] 詳細：()															
		睡眠時 EtCO ₂ (TcPCO ₂) モニタリング：[なし ・ あり] 詳細：()															
スリープスタディ		睡眠時無呼吸：[なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性] Apnea hypopnea index (AHI)：() 炭酸ガス換気応答試験：()mL/min/kg/mmHg 炭酸ガス換気応答試験：()L/min/m ² /mmHg															
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長：[なし ・ あり] 非ポリアラニン伸長変異：[なし ・ あり] 詳細：()															
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()															
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
血液ガス分析 (覚醒時)		血液ガス分析：[未実施 ・ 実施] 採血部位：[動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入：[なし ・ あり] 酸素吸入条件：() PCO ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施															
血液ガス分析 (睡眠時)		血液ガス分析：[未実施 ・ 実施] 採血部位：[動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入：[なし ・ あり] 酸素吸入条件：() PCO ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施															
スリープスタディ		睡眠時無呼吸：[なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性] Apnea hypopnea index (AHI)：() 炭酸ガス換気応答試験：()mL/min/kg/mmHg 炭酸ガス換気応答試験：()L/min/m ² /mmHg															

受給者番号（ ）患者氏名（ ）2025a-001

告示番号	8	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〉	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長：[なし ・ あり] 非ポリアラニン伸長変異：[なし ・ あり] 詳細：（ ）					
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						
鑑別診断	本症以外の睡眠時無呼吸・低換気となるような疾患鑑別され除外されている：[未実施 ・ 実施]					
合併症	ヒルシュスプルング病：[なし ・ あり] 中枢神経疾患：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（ ）					
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：（ ）					
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 横隔膜ペーシング：[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] 呼吸管理（その他）：[なし ・ あり]					
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