

告示番号		6		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	1 気道狭窄							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)															
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]															
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()															
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]															
	気管狭窄症/気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]															
気管支狭窄症/気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]																
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]														
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり]			呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]			呼吸困難: [なし ・ あり]					無呼吸発作: [なし ・ あり]		低酸素血症: [なし ・ あり]	
	耳鼻咽喉		下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]										心不全: [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																
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]															
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()															
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]															
	気管狭窄症/気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]															
気管支狭窄症/気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]																
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]														
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり]			呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]			呼吸困難: [なし ・ あり]					無呼吸発作: [なし ・ あり]		低酸素血症: [なし ・ あり]	
	耳鼻咽喉		下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]										心不全: [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																
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)													
	採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]		酸素吸入: [なし ・ あり]													
	酸素吸入条件: ()		pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施									

告示番号	6 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)		2/3
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: ()mL ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()%	実施日: ()年 ()月 ()日) FVC: ()mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL	%VC: ()% ・ 未実施 %FEV _{1.0} : ()%
画像検査	画像検査: 実施日: ()年 ()月 ()日) 検査方法: ()) 部位: ()) 所見: ())		
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	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 酸素吸入: [なし ・ あり] pH: () ・ 未実施	実施日: ()年 ()月 ()日) 酸素吸入条件: ()) PCO ₂ : ()torr ・ 未実施	採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] PO ₂ : ()torr ・ 未実施
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: ()mL ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()%	実施日: ()年 ()月 ()日) FVC: ()mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL	%VC: ()% ・ 未実施 %FEV _{1.0} : ()%
画像検査	画像検査: 実施日: ()年 ()月 ()日) 検査方法: ()) 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	心・大血管の異常: [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	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]		
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] 経鼻エアウェイ: [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]		
手術	手術 1: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: ()年 ()月 ()日) 術式: ()) 所見: ())		
	手術 2: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: ()年 ()月 ()日) 術式: ()) 所見: ())		
	手術 3: [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		
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

告示番号		5		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	2 気管支喘息							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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日	(年 月 日)												
症状 (呼吸器・循環器)	治療を考慮した真の重症度: [間欠型 ・ 軽症持続型 ・ 中等症持続型 ・ 重症持続型 ・ 最重症持続型]												
	症状のみの見かけの重症度: [間欠型 ・ 軽症持続型 ・ 中等症持続型 ・ 重症持続型 ・ 最重症持続型]												
1年以内に3か月に3回以上の大発作があったか: [なし ・ あり]													
1年以内に3か月に3回以上の大発作があったか: [なし ・ あり]													
治療で人工呼吸管理又は挿管を行うか: [なし ・ あり]													
概ね1ヶ月以上長期入院療法を行うか: [なし ・ あり]													
大発作: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]													
オマリズマブ等の生物学的製剤の投与を行ったか: [なし ・ あり]													
使用薬剤名: ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	好酸球数: ()/μL												
	総IgE: ()IU/mL 実施日: (年 月 日)												
	特異的IgE抗体: 実施日: (年 月 日)												
	スコア (ダニ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (スギ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (アルテルナリア): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
スコア (ネコ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]													
スコア (イヌ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]													
スコア (その他): ()													
病理検査	喀痰または鼻汁の好酸球: [- ・ + ・ ++ ・ +++]												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	FEV _{1.0} : ()mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0} : ()%		MMF: ()L/sec						
%V ₅₀ : ()%		β ₂ 刺激薬によるFEV _{1.0} の改善率: ()%											
気道過敏性検査	気道過敏性検査: [未実施 ・ 過敏性なし ・ 過敏性あり]												
呼気一酸化窒素濃度測定	呼気一酸化窒素濃度測定: [未実施 ・ 実施] 呼気一酸化窒素濃度: ()ppb 吸入ステロイドの使用: [なし ・ あり]												
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	アレルギー合併症: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	重症心身障害: [なし ・ あり]												
詳細: ()													
合併症 (その他): ()													
出生歴	分娩様式: [経陰分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明]												
喫煙歴	家族内の喫煙の有無: [なし ・ 屋外喫煙のみ ・ 屋内喫煙あり ・ 不明]												
ペット歴	ペットの有無: [なし ・ あり]												
	ペット (ネコ): [なし ・ あり]			ペット (イヌ): [なし ・ あり]			ペット (その他): ()						

告示番号 **5** 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**

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	治療ステップ: [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] 吸入ステロイド剤以外の経口ステロイド剤依存: [なし ・ あり] 1か月の治療点数: () 点
呼吸管理	酸素療法: [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]
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

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: () 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: () mL/min/kg/mmHg			炭酸ガス換気応答試験: () L/min/m ² /mmHg									

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

告示番号		2		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	4 特発性間質性肺炎							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	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 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	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり]		酸素吸入条件: ()										
	pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施								
血液検査	KL-6: () U/mL ・ 未実施		SP-A: () ng/mL ・ 未実施		SP-D: () ng/mL ・ 未実施								
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡]								
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	VC: () mL ・ 未実施		FVC: () mL ・ 未実施		%VC: () % ・ 未実施								
	%FVC: () % ・ 未実施		FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : () %								
	FEV _{1.0} : () mL		FEV _{1.0} : () %		FEV _{1.0} : () %								
肺拡散能検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	DLco: () mL/min/mmHg		DLco/VA: () mL/min/mmHg/L										
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	びまん性間質性陰影: [なし ・ あり]		所見 (その他): ()										
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり]		SP-B遺伝子異常: [なし ・ あり]		ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり]								
	遺伝子異常 (その他): ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 **2** 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) **2/3**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施
血液検査	KL-6: () U/mL ・ 未実施 SP-A: () ng/mL ・ 未実施 SP-D: () ng/mL ・ 未実施
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡] 所見: ()
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) びまん性間質性陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり] SP-B遺伝子異常: [なし ・ あり] ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()
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	心疾患、感染症、免疫不全、膠原病、重篤な嚥下機能障害、新生児慢性肺疾患 (CLD)、新生児呼吸窮迫症候群、嚢胞性肺線維症、薬剤性間質性肺炎、びまん性間質性陰影をきたしうる他の肺疾患 (肺胞蛋白症、肺胞微石症など)、が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]
合併症	肺高血圧症の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()
	甲状腺機能異常の合併: [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	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]
	免疫抑制薬: [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] 人工呼吸管理: [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

告示番号		1		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	5 先天性肺胞蛋白症 (遺伝子異常が原因の間質性肺疾患を含む。)							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)												
発症時期	呼吸障害の発症時期: (歳 か月 日)												
症状	呼吸器・循環器	肺高血圧症: [なし ・ あり]											
	その他	低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり] 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	肺高血圧症: [なし ・ あり]											
	その他	低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり] 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	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり]		酸素吸入条件: ()		pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施				
血液検査	LDH: () U/L	実施日: (年 月 日)											
	血清IgG: () mg/dL	実施日: (年 月 日)											
	KL-6: () U/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)											
	SP-A: () ng/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)											
病理検査	気管支肺胞洗浄液: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	所見 (肉眼): ()		所見 (顕微鏡): ()										
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	所見: ()		CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()						
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり]		ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり]		遺伝子異常 (その他): ()								
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	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり]		酸素吸入条件: ()		pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施				

告示番号 **1** 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) **2/3**

血液検査	LDH : () U/L	実施日 : () 年 () 月 () 日
	血清 IgG : () mg/dL	実施日 : () 年 () 月 () 日
	KL-6 : () U/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
	SP-A : () ng/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
	SP-D : () ng/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日
病理検査	気管支肺胞洗浄液 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	所見 (肉眼) : () 所見 (顕微鏡) : ()	
画像検査	肺生検 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	所見 : ()	
単純X線検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	
	所見 : ()	
CT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日	
	所見 : ()	
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	SP-C遺伝子異常 : [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他) : ()	ABCA3遺伝子異常 : [なし ・ あり]
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	心・大血管の異常 : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()	甲状腺機能異常の合併 : [なし ・ あり] 骨疾患の合併 : [なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()	
出生歴	出生時の呼吸障害 : [なし ・ あり] 新生児仮死 : [なし ・ あり]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり]	吸入 : [なし ・ あり]
	クロロキン製剤 : [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]
移植	肺移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]	実施日 : () 年 () 月 () 日
	造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]	実施日 : () 年 () 月 () 日
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

告示番号	3	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	6 肺胞微石症				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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり] 胸痛: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]				
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 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	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 呼吸困難 (労作時): [なし ・ あり] 胸痛: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]				
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 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	肺生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		病理学的な微石の証明: [なし ・ あり]	
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		VC: () mL ・ 未実施	
	FVC: () mL ・ 未実施		FVC: () mL ・ 未実施		%VC: ()% ・ 未実施	
%FVC: ()% ・ 未実施		FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : ()%		
FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0} : ()%		
肺拡散能検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		DLco: () mL/min/mmHg	
	DLco: () mL/min/mmHg		DLco/VA: () mL/min/mmHg/L			
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影: [なし ・ あり]	
両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影: [なし ・ あり]		病変の下肺野優位: [なし ・ あり]		所見 (その他): ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		SLC34A2遺伝子異常: [なし ・ あり]	
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						
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		病理学的な微石の証明: [なし ・ あり]	
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		VC: () mL ・ 未実施	
	FVC: () mL ・ 未実施		FVC: () mL ・ 未実施		%VC: ()% ・ 未実施	
%FVC: ()% ・ 未実施		FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : ()%		
FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0} : ()%		
肺拡散能検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		DLco: () mL/min/mmHg	
	DLco: () mL/min/mmHg		DLco/VA: () mL/min/mmHg/L			
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影: [なし ・ あり]	
両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影: [なし ・ あり]		病変の下肺野優位: [なし ・ あり]		所見 (その他): ()		

告示番号	3		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]		実施日: (年 月 日)		SLC34A2遺伝子異常: [なし ・ あり]					
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: ()							
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	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり]				吸入: [なし ・ あり]					
	免疫抑制薬: [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]		人工呼吸管理: [なし ・ あり]					
気管挿管:	[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)		通院頻度 ()回/月			
治療見込み期間 (外来)		開始日: (年 月 日)		終了日: (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 ()									
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

告示番号		10		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	7 線毛機能不全症候群 (カルタゲナー (Kartagener) 症候群を含む。)							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	内臓逆位: [なし ・ あり]																
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]																
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]																
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]																
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()																	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																		
症状	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]																
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]																
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]																
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]																
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 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																		
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()																	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()																	
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()																	
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		VC: () mL ・ 未実施		FVC: () mL ・ 未実施		%VC: () % ・ 未実施		%FVC: () % ・ 未実施		FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : () %		FEV _{1.0} : () %	
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		DLco: () mL/min/mmHg		DLco/VA: () mL/min/mmHg/L											
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()													
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		無気肺: [なし ・ あり]		気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()											
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()																	

告示番号 10 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)		2/3
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: ()mL ・ 未実施 FVC: ()mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%	
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: ()mL/min/mmHg DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L	
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
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	膠原病の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	心・大血管の異常: [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	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]	
	免疫抑制剤: [なし ・ あり]	
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] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [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	
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

告示番号		12		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	8 嚢胞性線維症							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	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	消化器	脂肪便: [なし ・ あり] 慢性膵炎: [なし ・ あり] 肝硬変: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	消化器	脂肪便: [なし ・ あり] 慢性膵炎: [なし ・ あり] 肝硬変: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 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													
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
病理検査	便中キモトリプシン活性の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]					尿中PABA排泄率の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]							
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)	VC: ()mL ・ 未実施		FVC: ()mL ・ 未実施		%VC: ()% ・ 未実施		
	%FVC: ()% ・ 未実施		FEV _{1.0} : ()mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0%} : ()%						
肺拡散能検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)	DLco: ()mL/min/mmHg		DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L				
発汗試験	発汗試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)	汗中Cl濃度: ()mEq/L						
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)							
	気管支拡張: [なし ・ あり] 詳細: ()		気管狭窄: [なし ・ あり] 詳細: ()		所見 (その他): ()								
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年		月	日)	CFTR遺伝子異常: [なし ・ あり]						
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	
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: () 有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()
病理検査	便中キモトリプシン活性の低下: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中PABA排泄率の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: ()mL ・ 未実施 FVC: ()mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()% 肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: ()mL/min/mmHg DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L
発汗試験	発汗試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 汗中Cl濃度: ()mEq/L 試験方法: ()
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 気管支拡張: [なし ・ あり] 詳細: () 気管狭窄: [なし ・ あり] 詳細: () 所見 (その他): ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) CFTR遺伝子異常: [なし ・ あり]
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	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
既往歴	胎便性イレウスの既往: [なし ・ あり]
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]
栄養管理	中心静脈栄養: [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] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [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

告示番号		4		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	9 気管支拡張症							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	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 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													
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		VC: ()mL ・ 未実施		FVC: ()mL ・ 未実施		%VC: ()% ・ 未実施		%FVC: ()% ・ 未実施	
	FEV _{1.0} : ()mL			%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0} : ()%					
肺拡散能検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		DLco: ()mL/min/mmHg		DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L					
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		所見: ()							
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()							
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

細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	有意菌の検出 (抗酸菌培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
生理機能検査	呼吸機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) VC : () mL ・ 未実施 FVC : () mL ・ 未実施 %VC : () % ・ 未実施 %FVC : () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %
	肺拡散能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) DLco : () mL/min/mmHg DLco/VA : () mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	単純X線検査またはCT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 無気肺 : [なし ・ あり] 気管支拡張像 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
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	膠原病の合併 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	心・大血管の異常 : [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	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり] 吸入 : [なし ・ あり]
	免疫抑制薬 : [なし ・ あり]
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] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり] 気管挿管 : [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
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

告示番号 11		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	10 特発性肺ヘモジデロシス			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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 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	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 血痰・咯血:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]				
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]				
	その他	ばち指:[なし ・ あり] 吐血の否定:[されていない ・ されている] 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	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 血痰・咯血:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]				
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]				
	再発	再発 (直近1年):[なし ・ あり] 再発と診断した根拠:血痰:[なし ・ あり] ヘモグロビンの低下 (2g/dL以上の低下):[なし ・ あり] 再発と診断した根拠:()				
	その他	ばち指:[なし ・ あり] 吐血の否定:[されていない ・ されている] 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						
血液検査	ヘモグロビン (Hb):()g/dL ヘマトクリット (Ht):()% LDH:()U/L 血清鉄 (Fe):()μg/dL フェリチン:()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン:()mg/dL ・ 未実施 KL-6:()U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー:[なし ・ あり]					
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養):[なし ・ あり]					
	詳細:()					
細菌検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養):[なし ・ あり]					
	詳細:()					
病理検査	ヘモジデリン貪食細胞:[なし ・ あり] 検体採取部位:[喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液]					
生理機能検査	呼吸機能検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)					
	VC:()mL ・ 未実施 FVC:()mL ・ 未実施 %VC:()% ・ 未実施 %FVC:()% ・ 未実施 FEV _{1.0} :()mL %FEV _{1.0} :()% FEV _{1.0%} :()%					
生理機能検査	肺拡散能検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)					
	DLco:()mL/min/mmHg DLco/VA:()mL/min/mmHg/L					
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影:[なし ・ あり] 所見 (その他):()					

告示番号 11 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)		2/3
画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [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		
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()μg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり]	
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
病理検査	ヘモジデリン貪食細胞: [なし ・ あり] 検体採取部位: [喀痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液]	
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: ()mL ・ 未実施 FVC: ()mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%	
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: ()mL/min/mmHg DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L	
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [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	肺出血をきたしうる他の疾患が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]	
合併症	膠原病の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	心・大血管の形態異常: [なし ・ あり (先天性) ・ あり (後天性)] 詳細: ()	
	合併症 (その他): ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]	
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	
薬物治療 (再発時)	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]	
	免疫抑制薬: () 薬物療法 (その他): ()	
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] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [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	
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

告示番号		14		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	11 慢性肺疾患							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)												
発症時期	呼吸障害の発症時期: 日齢 ()日												
症状	呼吸器・循環器	呼吸管理状況 (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: 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (日齢28): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (修正36週): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	低酸素血症: [なし ・ あり] 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	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]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 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	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: ()		pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施						
血液検査	血清IgM (臍帯血): () mg/dL		実施日: (年 月 日)										
	血清IgM (本人血): () mg/dL		実施日: (年 月 日)										
	IL-6: () pg/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)										
	KL-6: () U/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)										
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	CT検査 (胸部): [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): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: ()		pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 未実施						

告示番号	14	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
血液検査	血清IgM (臍帯血): ()mg/dL 血清IgM (本人血): ()mg/dL IL-6: ()pg/mL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施	実施日: ()年 ()月 ()日 実施日: ()年 ()月 ()日 実施日: ()年 ()月 ()日 実施日: ()年 ()月 ()日			
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: ()年 ()月 ()日			
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: ()年 ()月 ()日			
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()	実施日: ()年 ()月 ()日 実施時年齢: ()年 ()か月			
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	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()				
出生歴	出生時の呼吸障害: [なし ・ あり] 絨毛膜羊膜炎: [なし ・ あり] びまん性絨毛膜羊膜炎ヘモジデロシス: [なし ・ あり]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]				
	利尿薬: [なし ・ あり]				
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]		人工呼吸管理: [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

告示番号 13		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	12 閉塞性細気管支炎			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	喘鳴:[なし ・ あり]		呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]				
		呼吸困難:[なし ・ あり]		低酸素血症:[なし ・ あり]		頻呼吸:[なし ・ あり]		持続する咳嗽:[なし ・ あり]
	心不全:[なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]						
その他	ばち指:[なし ・ あり] 治療抵抗性 (治療によっても症状が60日以上持続する場合):[なし ・ あり] 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	喘鳴:[なし ・ あり]		呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]				
		呼吸困難:[なし ・ あり]		低酸素血症:[なし ・ あり]		頻呼吸:[なし ・ あり]		持続する咳嗽:[なし ・ あり]
	心不全:[なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]						
その他	ばち指:[なし ・ あり] 治療抵抗性 (治療によっても症状が60日以上持続する場合):[なし ・ あり] 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								
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養):[なし ・ あり]							
	詳細:()							
細菌検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養):[なし ・ あり]							
	詳細:()							
病理検査	肺生検:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		検査方法:[開胸 ・ 胸腔鏡]			
生理機能検査	呼吸機能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)					
	VC:()mL ・ 未実施		FVC:()mL ・ 未実施		%VC:()% ・ 未実施			
生理機能検査	%FVC:()% ・ 未実施		FEV _{1.0} :()mL		%FEV _{1.0} :()%		FEV _{1.0%} :()%	
	肺拡散能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)					
生理機能検査	DLco:()mL/min/mmHg		DLco/VA:()mL/min/mmHg/L					
	単純X線検査 (副鼻腔):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)					
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)					
	気管支拡張:[なし ・ あり]		透過性の亢進:[なし ・ 全体的 ・ 部分的]		CT上のモザイクパターン:[なし ・ あり]			
画像検査	所見 (その他):()							
	シンチグラフィ (肺):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)					
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	
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	有意菌の検出 (抗酸菌培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
病理検査	肺生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査方法 : [開胸 ・ 胸腔鏡] 所見 : ()
生理機能検査	呼吸機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) VC : () mL ・ 未実施 FVC : () mL ・ 未実施 %VC : () % ・ 未実施 %FVC : () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %
	肺拡散能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) DLco : () mL/min/mmHg DLco/VA : () mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	単純X線検査またはCT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 気管支拡張 : [なし ・ あり] 透過性の亢進 : [なし ・ 全体的 ・ 部分的] CT上のモザイクパターン : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
	シンチグラフィ (肺) : [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] 詳細 : ()
既往歴	重篤な下気道感染の既往 (高度の酸素需要や人工呼吸管理が必要、2週間以上の入院などを目安とする) : [なし ・ あり]
	発症との関連が示唆される薬剤使用 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり] 吸入 : [なし ・ あり] 免疫抑制薬 : [なし ・ あり]
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] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり] 気管挿管 : [なし ・ あり]
移植	肺移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日 : (年 月 日)
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

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: ()												

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) **2/3**

画像検査	MRI検査 (胎児): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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): ()
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: ()
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] 非侵襲的陽圧換気療法: [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]
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
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

告示番号		9		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	14 先天性嚢胞性肺疾患							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]			体重増加不良: [なし ・ あり]								
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]			反復する下気道感染: [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]											
その他	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): ()													
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]			体重増加不良: [なし ・ あり]								
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]			反復する下気道感染: [なし ・ あり]			反復する気胸: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	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]													
その他	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): ()													
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	切除標本: [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 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	MRI検査 (胎児): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	MRI検査 (胸部): [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): ()												

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
病理検査	切除標本: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
	MRI検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
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	
出生歴	胎児水腫: [なし ・ あり]	胸水貯留: [なし ・ あり]	腹水貯留: [なし ・ あり]
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] 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]
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)	遺残肺葉の病変: [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