

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		1 気道狭窄						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 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													
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 ] 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 ]											
	耳鼻咽喉	難聴：[ 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													
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 ) 採血部位：[ 動脈血 ・ 静脈血 ] 酸素吸入条件：( ) PCO <sub>2</sub> ：( )torr ・ 未実施 PO <sub>2</sub> ：( )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 <sub>1.0%</sub> ：( )%				実施日：( 年 月 日 ) FVC：( )mL ・ 未実施 FEV <sub>1.0</sub> ：( )mL %VC：( )% ・ 未実施 %FEV <sub>1.0</sub> ：( )%							
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 ]											

