

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〈継続申請用〉		1/2	
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		<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入   →  ( )</div>			
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 )											
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（申請時） ※直近の状況を記載													
細菌検査		有意菌の検出（略痰培養）：[ なし ・ あり ]											
		詳細：( )											
病理検査		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                      FVC：(                      )mL ・ 未実施                      %VC：(                      )% ・ 未実施 %FVC：(                      )% ・ 未実施                      FEV <sub>1.0</sub> ：(                      )mL                      %FEV <sub>1.0</sub> ：(                      )%                      FEV <sub>1.0</sub> %：(                      )%											
		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：( )											
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 ]											
		免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]											

