

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 → ()	
受給者番号		受診日	年 月 日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村	
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	年 月 日	年 月 日	肥満度	%
発病時期	年 月 頃	初診日	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 ()					
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						
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] 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					
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} : ()%					
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

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	2 気管支喘息					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	() 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI 肥満度 %	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()									
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										
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年以内に意識障害を伴う大発作があったか:[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]									
呼気中一酸化窒素濃度測定	呼気中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:[経産分娩・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):()									

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] 気管挿管: [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

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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 (継続申請用)

病名	3 先天性中枢性低換気症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村	
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	年	月	日	肥満度 %	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()										
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											
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(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					
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:()
	治療見込み期間(外来)		開始日:()		年		月		日		終了日:()
										通院頻度 ()回/月	
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		
医療機関住所						診療科					
						医師名	(印)				
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					

病名	4 特発性間質性肺炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村					
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	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	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 ()										
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											
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 (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%} : () %				
画像検査	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								
遺伝学的検査	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]										
	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): ()					

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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	() 市区町村
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
発病時期	年	月	頃	初診日	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 ()								
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									
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 (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) 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					採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]			
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): ()								
	肺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								
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): ()								
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] 甲状腺機能異常の合併: [なし ・ あり] 骨疾患の合併: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()								
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]								

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 (継続申請用) 2/2

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

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
医療機関住所	
	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	6 肺胞微石症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()					
受給者番号		受診日	年	月	日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定			
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村		
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	年	月	日	肥満度	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()											
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												
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・回数以内・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(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		%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	
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):()											
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				
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		

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)

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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村
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	%
発病時期	年	月	頃	初診日	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 ()									
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										
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 (喀痰培養): [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: ()									
生理機能検査	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): ()									
画像検査	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%} : () %									
合併症	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									
検査所見 (その他)	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	所見: ()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	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): ()										
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	膠原病の合併: [なし ・ あり]									
	詳細: ()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	心・大血管の異常: [なし ・ あり]									
	合併症 (その他): ()									
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]									

病名	8 嚢胞性線維症				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
受給者番号		受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県	() 市区町村	
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	年 月 日	年 月 日	肥満度	%	
発病時期	年 月 頃	初診日	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 ()						
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							
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	脂便: [なし ・ あり] 慢性肺炎: [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 (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: ()						
	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	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: ()						

病名	9 気管支拡張症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県 () 市区町村	
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	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()								
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									
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(喀痰培養):[なし・あり]								
	詳細:()								
生理機能検査	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%} :()%		
画像検査	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				
	単純X線検査(副鼻腔):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()				
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)		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]								
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] 気管挿管：[なし ・ あり]	気管切開管理：[なし ・ あり]	人工呼吸管理：[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

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	10 特発性肺ヘモジデロシス					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村	
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	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()										
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											
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(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:()										

合併症	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

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
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

病名	11 慢性肺疾患					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	() 市区町村
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	年	月	日
発病時期	年	月	頃	初診日	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()								
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									
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(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	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:()			
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)					実施時年齢:(年 月)			
	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:()								
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]			非侵襲的陽圧換気療法:[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

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
医療機関住所	診療科			
	医師名			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()		

病名	12 閉塞性細気管支炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	() 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI 肥満度 %	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()									
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										
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし・あり] 呼吸相:[吸気・呼気・呼吸気ともに] 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(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

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	13 先天性横隔膜ヘルニア					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村	
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	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	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 ()										
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											
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]									
耳鼻咽喉	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]										
	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]					自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]					
	発達障害 (その他): ()										
その他	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											
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: ()											

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 (継続申請用) 2/2

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]
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	

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	14 先天性嚢胞性肺疾患					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	() 市区町村	
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	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	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()									
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										
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]								
		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]							
その他	発達障害(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]		実施日:(年 月 日)							
	所見:()									
画像検査	単純X線検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)							
	CT検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)							
	MRI検査(胸部):[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):()									
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]			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]						

手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 遺残肺葉の病変：[なし ・ あり] 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

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

医療機関住所

診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()