

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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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]					
	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	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} : () %						
	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]									

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)		2/2
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	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	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 (継続申請用)		1/2	
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 → ()				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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 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): ()												

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 (継続申請用) **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 (継続申請用) **1/2**

病名	3 先天性中枢性低換気症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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		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	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]	
	精神・神経	心不全: [なし ・ あり]		不整脈: [なし ・ あり]			
	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: (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 ()						

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〉	2/2
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 (継続申請用)		1/2	
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 → ()				
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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	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} : () %		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): ()												

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 (継続申請用) 2/2	
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 (継続申請用)		1/2	
病名	5 先天性肺蛋白症 (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 → ()		
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)			
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 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	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)					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)							
	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
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 (継続申請用)		1/2	
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 → ()				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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		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	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]					
	その他	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] 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%} :()%					
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)									
	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]									
検査所見 (その他)	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							
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 ()												

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 (継続申請用)	2/2
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 (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	<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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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		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 (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%} : ()% 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: () 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: ()					
経過 (申請時)	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]					

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〉		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] 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			
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 (継続申請用)		1/2		
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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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	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 (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: () % ・ 未実施		FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0} : () %			
発汗試験	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): ()					
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 (継続申請用)		1/2	
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 → ()				
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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	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: ()												
呼吸機能検査	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												
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]												
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]										

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 (継続申請用)		2/2
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		
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 (継続申請用)		1/2		
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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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		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	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: ()					

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 (継続申請用) **2/2**

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		
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 (継続申請用)		1/2		
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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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		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	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)	()		
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		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]		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]		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
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 (継続申請用)		1/2		
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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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 (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	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 (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:()					

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 (継続申請用) 2/2	
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 (継続申請用)		1/2		
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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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	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]		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						
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
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 (継続申請用)		1/2	
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 → ()				
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
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	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]							
発症時期 (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)											
	所見: ()												
	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]													
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							
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]							

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 (継続申請用)		2/2
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)		術式: ()		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