告示番号 10　**慢性呼吸器疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書**

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　年　月　日（満　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　週
現在の身長※2	.　cm	現在の体重※2	.　kg	母の生年月日	昭和 平成　年　月　日
発病	年　月 頃	初診日	年　月　日		
大分類病名	5 線毛機能不全症候群	細分類病名	7 線毛機能不全症候群（カルタゲナー（Kartagener）症候群を含む。）		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1.臨床所見

現在の症状

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

持続する咳嗽　（ なし ・ あり ）　喘鳴　（ なし ・ あり → 吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに ）

下気道感染の頻度　（ なし ・ あり → 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 ）

血痰・喀血　（ なし ・ あり → 吐血は否定されているか （ されていない ・ されている ））

低酸素血症　（ なし ・ あり ）　ばち指　（ なし ・ あり ）

心不全　（ なし ・ あり ）　副鼻腔炎　（ なし ・ あり ）

内臓逆位　（ なし ・ あり ）　心･大血管奇形　（ なし ・ あり ）

その他の特記すべき症状や合併症　（ なし ・ あり → 詳細 ：　　）

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載（数値を用いて具体的に） 継続は現在の状況を記載

胸部X線･CT

両側にびまん性･対称性の粒状影または、すりガラス状陰影　（ なし ・ あり ）

病変の下肺野優位　（ なし ・ あり ）

上記以外の所見　（ なし ・ あり → 所見：　　）

副鼻腔X線の異常　（ なし ・ あり → 所見：　　）

肺機能検査

肺機能　VC　（　　）mL　%VC　（　　）%　FEV1.0　（　　）mL

%FEV1.0　（　　）%　FEV1.0%　（　　）%

拡散能　DLco　（　　）mL/min/mmHg　DLco/VA　（　　）mL/min/mmHg/L

培養検査

喀痰培養　有意菌の検出　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

抗酸菌培養　有意菌の検出　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

組織検査

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 ））

線毛機能異常　（ なし ・ あり → 粘膜生検を実施した部位 （ 鼻腔 ・ 気管支 ））

※線毛機能異常がありの場合は詳細を記載　（　　）

膠原病の合併　（ なし ・ あり → 合併した膠原病の詳細：　　）

血液検査

貧血　（ なし ・ あり ）　鉄欠乏状態　（ なし ・ あり ）　牛乳アレルギー　（ なし ・ あり ）

その他の検査　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

3.その他の所見

その他の現在の 所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

ステロイド使用　（ なし ・ あり → 経口 ・ 吸入 ）

免疫抑制薬の使用　（ なし ・ あり ）

現在の治療　（ なし ・ あり → 人工呼吸管理 ・ 酸素療法 ・ 気管切開管理 ・ 気管挿管 ・ 経鼻エアウエイ ・ 手術 ・ 中心静脈栄養 ・ 経管栄養 ）

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

就学･就労

1. 就学前　2. 小中学校（ 通常学級・ 通級 ・ 特別支援学級 ）　3. 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ）

4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む）

7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）

現状評価

一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能

小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明

治療見込期間

入院　年　月　日 から　年　月　日 まで

通院　年　月　日 から　年　月　日 まで　（ 月　回 ）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　年　月　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号