告示番号 8 **慢性呼吸器疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書**

※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

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	3 先天性中枢性低換気症候群	細分類病名	3 先天性中枢性低換気症候群		

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

睡眠時無呼吸・低換気　（ なし ・ あり ）　　覚醒時無呼吸・低換気　（ なし ・ あり ）
ヒルシュスプルング病　（ なし ・ あり ）　　中枢神経疾患　（ 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 ）
その他の特記すべき症状　（ なし ・ あり → 所見：　　）

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

覚醒時血液ガス分析
採血部位（ 動脈血 ・ 静脈血 ）　酸素吸入（ なし ・ あり → 酸素吸入条件：　　）
人工呼吸器の使用（ なし ・ あり ）
PO_2（　　）torr　　PCO_2（　　）torr

睡眠時血液ガス分析
採血部位（ 動脈血 ・ 静脈血 ）　酸素吸入（ なし ・ あり → 酸素吸入条件：　　）
人工呼吸器の使用（ なし ・ あり ）
PO_2（　　）torr　　PCO_2（　　）torr

スリープスタディ
睡眠時無呼吸（ なし ・ あり → 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性 ）
AHI※（　　）　※ AHI = Apnea hypopnea index
PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長（ なし ・ あり → 所見：　　）
炭酸ガス換気応答試験（　　）mL/min/kg/mmHg（　　）L/min/m^2/mmHg
その他の検査（ なし ・ あり → 所見：　　）

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

呼吸管理（ なし ・ あり → 人工呼吸管理 ・ 酸素療法 ・ 気管切開管理 ・ 気管挿管 ・ 横隔膜ペーシング ）
薬物療法（ なし ・ あり →（　　））

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