

告示番号		13		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		10 閉塞性細気管支炎		細分類病名		12 閉塞性細気管支炎					
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 ） ）										
	呼吸困難 （ なし ・ あり ） 多呼吸 （ なし ・ あり ） 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 ）										
	重篤な下気道感染の既往※(ア) （ なし ・ あり ） ※(ア) 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										
	移植の既往 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
	発症との関連が示唆される薬剤使用 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
	治療抵抗性※(イ) （ なし ・ あり ） ※(イ) 治療によっても症状が60日以上持続する場合										
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										
	透過性の亢進 （ なし ・ あり → 全体的 ・ 部分的 ） 気管支拡張 （ なし ・ あり ）										
	CT上のモザイクパターン （ 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： ）										
	肺シンチグラフィ （ 未実施 ・ 実施 → 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											
肺生検 （ 未実施 ・ 実施 → （ 開胸 ・ 胸腔鏡 ） 、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	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 ・ 中心静脈栄養 ・ 経管栄養 ）										
過去の主な 治療・ 検査など											
5.今後の療の方針											
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											
平成 年 月 日 医師名 科 印											
小児慢性特定疾病指定医番号											

※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  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入