

告示番号		7		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		12		先天性横隔膜ヘルニア		細分類病名		14		先天性横隔膜ヘルニア	
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										
	現在の身長・体重の測定日（ 年 月 日）										
	現在の身長（ ） SD					現在の体重（ ） SD					
	精神発達遅滞（ なし ・ あり ）					運動発達遅滞（ なし ・ あり ）					
	中枢神経障害（ なし ・ あり → 病名： ）										
	難聴（ なし ・ あり ）					肺高血圧症（ なし ・ あり ）					
現在の 症 状	胃食道逆流症（ なし ・ あり ）					漏斗胸・側彎・胸郭変形（ なし ・ あり ）					
	気道狭窄症状（ なし ・ あり ）					経口摂取困難（ なし ・ あり ）					
	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 ）										
	その他の特記すべき症状（ なし ・ あり → 詳細： ）										
2.検査所見											
主 診 断 の 根 拠 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										
	画像検査										
	単純X線写真（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
	胎児超音波検査（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
	CT検査（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
	MRI検査（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
主 診 断 の 根 拠 等 の 結 果	その他の画像検査（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）										
	病理診断（切除標本の所見）										
	（ 未実施 ・ 実施 → 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	薬物療法（ なし ・ あり → 詳細： ）										
	現在の治療（ なし ・ あり → 人工呼吸管理 ・ 持続陽圧呼吸療法 ・ 気管挿管 ・ 気管切開管理 ・ 酸素療法 ・ 手術 ・ 中心静脈栄養 ・ 経管栄養（腸瘦/胃瘦含む） ・ 補聴器 ・ その他（ ））										
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）										
現状評価	7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）										
治療見込期間	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											

※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