

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|--|--|--|--|----------------------|--|-------------------|--|--|--|-----------------|--|
| 告示番号 | | 1 | | 骨系統疾患 | | () | | 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 胸郭不全症候群 | | | | | | 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) | | | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓) | | | | | |
| 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) 年 月 日 | | 体重 (測定日) | | kg (SD) 年 月 日 | | BMI | | | |
| | | | | | | | | | | 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 | 低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] BMI: [10未満 ・ 10以上15未満 ・ 15以上20未満 ・ 20以上25未満 ・ 25以上] 経口摂取困難: [なし ・ あり] 体重増加不良: [なし ・ あり] 反復する下気道感染: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 脊柱変形: [なし ・ あり] 病型: [側弯 ・ 後弯 ・ 前弯 ・ 後側弯 ・ 前側弯 ・ その他] 病型 (その他): () | | | | | | | | | | | |
| | | 胸郭変形: [なし ・ あり] 病型: [漏斗胸 ・ 樽状胸郭 ・ 回旋変形] 病型 (その他): () | | | | | | | | | | | |
| | | 筋力低下: 上肢: [なし ・ あり ・ 不明] 下肢: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神発達遅滞: [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 ・ 不明] 痙性麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 弛緩性麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| | | 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] 発達障害 (その他): () | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸器・循環器 | 呼吸困難: [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 | | | | | | | | | | | | | |
| 生理機能検査 | | 6分間歩行検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| | | 呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| | | 睡眠ポリソムノグラフィー検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | 超音波検査 (胎児): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| | | 単純X線検査 (脊柱): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| | | CT検査 (脊柱): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| | | MRI検査 (脊柱): [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] 染色体異常: [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: () | | | | | | | | | | | |

