

告示番号		6		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	1 気道狭窄								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]												
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()												
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]												
	気管狭窄症 / 気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]												
	気管支狭窄症 / 気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]												
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 呼吸困難: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 低酸素血症: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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] 心不全: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]												
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()												
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]												
	気管狭窄症 / 気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]												
	気管支狭窄症 / 気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]												
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 呼吸困難: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 低酸素血症: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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] 心不全: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	難聴: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施												

告示番号	6 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: ()mL ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0%} : ()%	実施日: (年 月 日) FVC: ()mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL	%VC: ()% ・ 未実施 %FEV _{1.0} : ()%
画像検査	画像検査: 実施日: (年 月 日) 検査方法: () 部位: () 所見: ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 酸素吸入: [なし ・ あり] pH: () ・ 未実施	実施日: (年 月 日) 酸素吸入条件: () PCO ₂ : ()torr ・ 未実施	採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] PO ₂ : ()torr ・ 未実施
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: ()mL ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0%} : ()%	実施日: (年 月 日) FVC: ()mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL	%VC: ()% ・ 未実施 %FEV _{1.0} : ()%
画像検査	画像検査: 実施日: (年 月 日) 検査方法: () 部位: () 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	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]		
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]		
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 経鼻エアウェイ: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]		
手術	手術 1: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()		
	手術 2: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()		
	手術 3: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()		
治療	治療 (その他): ()		
今後の治療方針	今後の治療方針: ()		
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 ()回/月		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日		年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		5		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	2 気管支喘息								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)		BMI					
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%					
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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													
症状 (呼吸器・循環器)	治療を考慮した真の重症度: [間欠型 ・ 軽症持続型 ・ 中等症持続型 ・ 重症持続型 ・ 最重症持続型] 症状のみの見かけの重症度: [間欠型 ・ 軽症持続型 ・ 中等症持続型 ・ 重症持続型 ・ 最重症持続型] 1年以内に3か月に3回以上の大発作があったか: [なし ・ あり] 1年以内に意識障害を伴う大発作があったか: [なし ・ あり] 治療で人工呼吸管理又は挿管を行うか: [なし ・ あり] 概ね1ヶ月以上長期入院療法を行うか: [なし ・ あり] 大発作: [なし ・ 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]												
	オマリズマブ等の生物学的製剤の投与を行ったか: [なし ・ あり] 使用薬剤名: ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	好酸球数: ()/μL 総IgE: ()IU/mL 実施日: (年 月 日)												
	特異的IgE抗体: 実施日: (年 月 日)												
	スコア (ダニ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (スギ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (アルテルナリア): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (ネコ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6] スコア (イヌ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6] スコア (その他): ()												
病理検査	喀痰または鼻汁の好酸球: [- ・ + ・ ++ ・ +++]												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) FEV _{1.0} : ()mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()% MMF: ()L/sec %V ₅₀ : ()% β ₂ 刺激薬によるFEV _{1.0} の改善率: ()%												
気道過敏性検査	気道過敏性検査: [未実施 ・ 過敏性なし ・ 過敏性あり]												
呼気中一酸化窒素濃度測定	呼気中一酸化窒素濃度測定: [未実施 ・ 実施] 呼気一酸化窒素濃度: ()ppb 吸入ステロイドの使用: [なし ・ あり]												
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	アレルギー合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	重症心身障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	合併症 (その他): ()												
出生歴	分娩様式: [経産分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明]												
喫煙歴	家族内の喫煙の有無: [なし ・ 屋外喫煙のみ ・ 屋内喫煙あり ・ 不明]												
ペット歴	ペットの有無: [なし ・ あり] ペット (ネコ): [なし ・ あり] ペット (イヌ): [なし ・ あり] ペット (その他): ()												

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	治療ステップ: [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] 吸入ステロイド剤以外の経口ステロイド剤依存: [なし ・ あり] 1か月の治療点数: () 点
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 () 回/月

医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		8		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	3 先天性中枢性低換気症候群								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI					
	年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	呼吸器・循環器	覚醒時無呼吸または低換気: [なし ・ あり]				睡眠時無呼吸または低換気: [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	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	呼吸器・循環器	覚醒時無呼吸または低換気: [なし ・ あり]				睡眠時無呼吸または低換気: [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]							
精神・神経	自律神経障害: [なし ・ あり]												
その他	症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液ガス分析 (覚醒時、人工呼吸非使用)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: ()												
	PCO ₂ : () torr ・ 未実施				PO ₂ : () torr ・ 未実施								
血液ガス分析 (睡眠時、人工呼吸非使用)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: ()												
	PCO ₂ : () torr ・ 未実施				PO ₂ : () torr ・ 未実施								
睡眠時モニタリング	睡眠時SpO ₂ モニタリング: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	睡眠時EtCO ₂ (TcPCO ₂) モニタリング: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
スリープスタディ	睡眠時無呼吸: [なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性]				Apnea hypopnea index (AHI): ()								
	炭酸ガス換気応答試験: () mL/min/kg/mmHg				炭酸ガス換気応答試験: () L/min/m ² /mmHg								
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]				PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長: [なし ・ あり]				非ポリアラニン伸長変異: [なし ・ あり]				
	詳細: ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液ガス分析 (覚醒時)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: ()												
	PCO ₂ : () torr ・ 未実施				PO ₂ : () torr ・ 未実施								
血液ガス分析 (睡眠時)	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]				採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: ()												
	PCO ₂ : () torr ・ 未実施				PO ₂ : () torr ・ 未実施								
スリープスタディ	睡眠時無呼吸: [なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性]				Apnea hypopnea index (AHI): ()								
	炭酸ガス換気応答試験: () mL/min/kg/mmHg				炭酸ガス換気応答試験: () L/min/m ² /mmHg								

告示番号 8 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長：[なし ・ あり] 非ポリアラニン伸長変異：[なし ・ あり] 詳細：()
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	
鑑別診断	本症以外の睡眠時無呼吸・低換気となるような疾患鑑別され除外されている：[未実施 ・ 実施]
合併症	ヒルシュプルング病：[なし ・ あり] 中枢神経疾患：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 横隔膜ペーシング：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 呼吸管理 (その他)：[なし ・ あり]
治療	治療 (その他)：()
今後の治療方針	今後の治療方針：()
	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度 ()回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		2		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	4 特発性間質性肺炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	成長障害: 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	成長障害: 低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施												
血液検査	KL-6: () U/mL ・ 未実施 SP-A: () ng/mL ・ 未実施 SP-D: () ng/mL ・ 未実施												
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡] 所見: ()												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%												
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) びまん性間質性陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり] SP-B遺伝子異常: [なし ・ あり] ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 **2** 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施
血液検査	KL-6: () U/mL ・ 未実施 SP-A: () ng/mL ・ 未実施 SP-D: () ng/mL ・ 未実施
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡] 所見: ()
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) びまん性間質性陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり] SP-B遺伝子異常: [なし ・ あり] ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()
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	
鑑別診断	心疾患、感染症、免疫不全、膠原病、重篤な嚥下機能障害、新生児慢性肺疾患 (CLD)、新生児呼吸窮迫症候群、嚢胞性肺線維症、薬剤性間質性肺炎、びまん性間質性陰影をきたしうる他の肺疾患 (肺胞蛋白症、肺胞微石症など)、が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]
合併症	肺高血圧症の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()
	甲状腺機能異常の合併: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 詳細: ()
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
治療	治療 (その他): ()
今後の治療方針	今後の治療方針: ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 () 回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		1		慢性呼吸器疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	5 先天性肺胞蛋白症 (遺伝子異常が原因の間質性肺疾患を含む。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・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・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()									
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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
発症時期	呼吸障害の発症時期:(歳 月 日)									
症状	呼吸器・循環器	肺高血圧症:[なし・あり]								
	その他	低ガンマグロブリン血症:[なし・あり] 症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	呼吸器・循環器	肺高血圧症:[なし・あり]								
	その他	低ガンマグロブリン血症:[なし・あり] 症状(その他):()								
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液ガス分析	血液ガス分析:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		採血部位:[動脈血・静脈血]					
	酸素吸入:[なし・あり]		酸素吸入条件:()							
	pH:()		PCO ₂ :() torr		PO ₂ :() torr					
血液検査	LDH:() U/L		実施日:(年 月 日)							
	血清IgG:() mg/dL		実施日:(年 月 日)							
	KL-6:() U/mL		実施日:(年 月 日)							
	SP-A:() ng/mL		実施日:(年 月 日)							
	SP-D:() ng/mL		実施日:(年 月 日)							
病理検査	気管支肺胞洗浄液:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)							
	所見(肉眼):()									
	所見(顕微鏡):()									
画像検査	肺生検:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)							
	所見:()									
	単純X線検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)							
遺伝学的検査	SP-C遺伝子異常:[なし・あり]		ABCA3遺伝子異常:[なし・あり]							
	遺伝子異常(その他):()									
	所見:()									
検査所見(その他)	検査所見(その他):()									
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載										
血液ガス分析	血液ガス分析:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		採血部位:[動脈血・静脈血]					
	酸素吸入:[なし・あり]		酸素吸入条件:()							
	pH:()		PCO ₂ :() torr		PO ₂ :() torr					

告示番号	1		慢性呼吸器疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
血液検査	LDH : () U/L 血清 IgG : () mg/dL KL-6 : () U/mL ・ 未実施 SP-A : () ng/mL ・ 未実施 SP-D : () ng/mL ・ 未実施	実施日 : () 年 () 月 () 日 実施日 : () 年 () 月 () 日 実施日 : () 年 () 月 () 日 実施日 : () 年 () 月 () 日 実施日 : () 年 () 月 () 日					
病理検査	気管支肺胞洗浄液 : [未実施 ・ 実施] 所見 (肉眼) : () 所見 (顕微鏡) : ()	実施日 : () 年 () 月 () 日					
	肺生検 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()	実施日 : () 年 () 月 () 日					
画像検査	単純X線検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()	実施日 : () 年 () 月 () 日					
	CT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()	実施日 : () 年 () 月 () 日					
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] SP-C遺伝子異常 : [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他) : ()	実施日 : () 年 () 月 () 日 ABCA3遺伝子異常 : [なし ・ あり]					
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	心・大血管の異常 : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()	甲状腺機能異常の合併 : [なし ・ あり]	骨疾患の合併 : [なし ・ あり]				
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()						
出生歴	出生時の呼吸障害 : [なし ・ あり]	新生児仮死 : [なし ・ あり]					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載							
薬物療法	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり] 吸入 : [なし ・ あり] クロロキン製剤 : [なし ・ あり]						
呼吸管理	酸素療法 : [なし ・ あり]	人工呼吸管理 : [なし ・ あり]					
移植	肺移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]	実施日 : () 年 () 月 () 日 実施日 : () 年 () 月 () 日					
治療	治療 (その他) : ()						
今後の治療方針	今後の治療方針 : () 治療見込み期間 (入院) 開始日 : () 年 () 月 () 日 終了日 : () 年 () 月 () 日 治療見込み期間 (外来) 開始日 : () 年 () 月 () 日 終了日 : () 年 () 月 () 日 通院頻度 () 回/月						
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日	年	月	日
医療機関住所				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号 **3** 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	6 肺胞微石症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()								
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 呼吸困難(労作時):[なし ・ あり] 胸痛:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 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]							
	その他	ばち指:[なし ・ あり] 症状(その他):()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 呼吸困難(労作時):[なし ・ あり] 胸痛:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 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]							
	その他	ばち指:[なし ・ あり] 症状(その他):()							
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
病理検査	肺生検:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		病理学的な微石の証明:[なし ・ あり]				
生理機能検査	呼吸機能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		呼吸機能検査結果				
	VC:()mL ・ 未実施		FVC:()mL ・ 未実施		%VC:()% ・ 未実施		%FEV _{1.0} :()%		
画像検査	肺拡散能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		単純X線検査またはCT検査(胸部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影:[なし ・ あり] 病変の下肺野優位:[なし ・ あり] 所見(その他):()				
	DLco:()mL/min/mmHg		DLco/VA:()mL/min/mmHg/L						
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		SLC34A2遺伝子異常:[なし ・ あり]				
検査所見(その他)	検査所見(その他):()								
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
病理検査	肺生検:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		病理学的な微石の証明:[なし ・ あり]				
生理機能検査	呼吸機能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		呼吸機能検査結果				
	VC:()mL ・ 未実施		FVC:()mL ・ 未実施		%VC:()% ・ 未実施		%FEV _{1.0} :()%		
画像検査	肺拡散能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		単純X線検査またはCT検査(胸部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影:[なし ・ あり] 病変の下肺野優位:[なし ・ あり] 所見(その他):()				
	DLco:()mL/min/mmHg		DLco/VA:()mL/min/mmHg/L						

告示番号	3		慢性呼吸器疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] SLC34A2遺伝子異常：[なし ・ あり]		実施日：(年 月 日)				
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] 詳細：()						
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()						
経過 (申請時) ※直近の状況を記載							
薬物療法	ステロイド剤：全身投与 (経口または静注)：[なし ・ あり]		吸入：[なし ・ あり]				
	免疫抑制薬：[なし ・ あり]						
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]		気管切開管理：[なし ・ あり]		人工呼吸管理：[なし ・ あり]		
治療	治療 (その他)：()						
今後の治療方針	今後の治療方針：()						
	治療見込み期間 (入院)		開始日：(年 月 日)		終了日：(年 月 日)		
	治療見込み期間 (外来)		開始日：(年 月 日)		終了日：(年 月 日)		通院頻度 ()回/月
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日		年 月 日	
医療機関住所				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		10		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
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。)							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
病理検査	生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %												
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 **10** 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	有意菌の検出 (抗酸菌培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()
病理検査	生検 : [未実施 ・ 実施] 部位 : [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
生理機能検査	呼吸機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) VC : () mL ・ 未実施 FVC : () mL ・ 未実施 %VC : ()% ・ 未実施 %FVC : ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%
	肺拡散能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) DLco : () mL/min/mmHg DLco/VA : () mL/min/mmHg/L
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	単純X線検査またはCT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 無気肺 : [なし ・ あり] 気管支拡張像 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
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	膠原病の合併 : [なし ・ あり] 詳細 : ()
	心・大血管の異常 : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり] 吸入 : [なし ・ あり]
	免疫抑制剤 : [なし ・ あり]
栄養管理	中心静脈栄養 : [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む) : [なし ・ あり]
呼吸管理	酸素療法 : [なし ・ あり] 気管切開管理 : [なし ・ あり] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり] 気管挿管 : [なし ・ あり]
手術	手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 術式 : () 所見 : ()
治療	治療 (その他) : ()
今後の治療方針	今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 () 回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		12		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	8 嚢胞性線維症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			肥満度			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	%							
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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]											
	消化器	脂肪便: [なし ・ あり] 慢性膵炎: [なし ・ あり] 肝硬変: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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]											
	消化器	脂肪便: [なし ・ あり] 慢性膵炎: [なし ・ あり] 肝硬変: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
病理検査	便中キモトリプシン活性の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]						尿中PABA排泄率の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]						
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0} %: () %												
発汗試験	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
画像検査	発汗試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 汗中Cl濃度: () mEq/L												
	試験方法: ()												
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	気管支拡張: [なし ・ あり] 詳細: () 気管狭窄: [なし ・ あり] 詳細: () 所見 (その他): ()												
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)						CFTR遺伝子異常: [なし ・ あり]						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 12 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
病理検査	便中キモトリプシン活性の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]	尿中PABA排泄率の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] VC: () mL ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施	実施日: () 年 () 月 () 日 FVC: () mL ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] DLco: () mL/min/mmHg	実施日: () 年 () 月 () 日 DLco/VA: () mL/min/mmHg/L
発汗試験	発汗試験: [未実施 ・ 実施] 試験方法: ()	実施日: () 年 () 月 () 日 汗中Cl濃度: () mEq/L
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 気管支拡張: [なし ・ あり] 詳細: () 気管狭窄: [なし ・ あり] 詳細: () 所見 (その他): ()	実施日: () 年 () 月 () 日
	遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 () 月 () 日 CFTR遺伝子異常: [なし ・ あり]
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	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()	
既往歴	胎便性イレウスの既往: [なし ・ あり]	
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり]	
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
治療	治療 (その他): ()	
今後の治療方針	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院)	開始日: () 年 () 月 () 日 終了日: () 年 () 月 () 日 治療見込み期間 (外来) 開始日: () 年 () 月 () 日 終了日: () 年 () 月 () 日 通院頻度 () 回/月
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		4		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	9 気管支拡張症								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI						
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%					
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%												
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												

告示番号 4 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
生理機能検査	呼吸機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) VC : () mL ・ 未実施 FVC : () mL ・ 未実施 %VC : () % ・ 未実施 %FVC : () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %	
	肺拡散能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) DLco : () mL/min/mmHg DLco/VA : () mL/min/mmHg/L	
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
	単純X線検査またはCT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 無気肺 : [なし ・ あり] 気管支拡張像 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()	
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	膠原病の合併 : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
	心・大血管の異常 : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり] 吸入 : [なし ・ あり]	
	免疫抑制薬 : [なし ・ あり]	
栄養管理	中心静脈栄養 : [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む) : [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法 : [なし ・ あり] 気管切開管理 : [なし ・ あり] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり] 気管挿管 : [なし ・ あり]	
手術	手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 術式 : () 所見 : ()	
治療	治療 (その他) : ()	
今後の治療方針	今後の治療方針 : ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 () 回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		11		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	10 特発性肺ヘモジデロシス								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 血痰・咯血:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]											
	その他	ばち指:[なし ・ あり] 吐血の否定:[されていない ・ されている] 症状 (その他):()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 血痰・咯血:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]											
	再発	再発 (直近1年): [なし ・ あり] 再発と診断した根拠: 血痰:[なし ・ あり] ヘモグロビンの低下 (2g/dL以上の低下): [なし ・ あり] 再発と診断した根拠: ()											
その他	ばち指:[なし ・ あり] 吐血の否定:[されていない ・ されている] 症状 (その他):()												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()μg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり]												
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
病理検査	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]												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: ()mL ・ 未実施 FVC: ()mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()% 肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: ()mL/min/mmHg DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L												
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他):()												

告示番号 **11** 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [なし ・ あり] 詳細: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()% LDH: ()U/L 血清鉄 (Fe): ()μg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり]	
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()	
病理検査	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]	
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: ()mL ・ 未実施 FVC: ()mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : ()mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%	
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: ()mL/min/mmHg DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L	
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()	
画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [なし ・ あり] 詳細: ()	
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		
鑑別診断	肺出血をきたしうる他の疾患が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]	
合併症	膠原病の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	心・大血管の形態異常: [なし ・ あり (先天性) ・ あり (後天性)] 詳細: ()	
	合併症 (その他): ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]	
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	
薬物治療 (再発時)	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]	
	免疫抑制薬: () 薬物療法 (その他): ()	
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()	
治療	治療 (その他): ()	
今後の治療方針	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 ()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日 年 月 日	
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		14		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	11 慢性肺疾患								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%			
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
発症時期	呼吸障害の発症時期: 日齢 () 日												
症状	呼吸器・循環器	呼吸管理状況 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載: 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): () % 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (日齢 28): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): () % 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (修正 36 週): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): () % 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	低酸素血症: [なし ・ あり]											
		呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [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]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()												
検査所見 (診断時) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施												
血液検査	血清 IgM (臍帯血): () mg/dL 実施日: () 年 月 日) 血清 IgM (本人血): () mg/dL 実施日: () 年 月 日) IL-6: () pg/mL ・ 未実施 実施日: () 年 月 日) KL-6: () U/mL ・ 未実施 実施日: () 年 月 日)												
画像検査	単純 X 線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 所見: ()												
	CT 検査 (胸部): [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): ()												
検査所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 採血部位: [動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入: [なし ・ あり] 酸素吸入条件: () pH: () ・ 未実施 PCO ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () torr ・ 未実施												

告示番号	14	慢性呼吸器疾患 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/2
血液検査	血清IgM (臍帯血): ()mg/dL 実施日: (年 月 日) 血清IgM (本人血): ()mg/dL 実施日: (年 月 日) IL-6: ()pg/mL ・ 未実施 実施日: (年 月 日) KL-6: ()U/mL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)				
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (年 月) 検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()				
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	心・大血管の異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()				
出生歴	出生時の呼吸障害: [なし ・ あり] 絨毛膜羊膜炎: [なし ・ あり] びまん性絨毛膜羊膜炎ヘモジデロシス: [なし ・ あり]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [なし ・ あり] 吸入: [なし ・ あり]				
	利尿薬: [なし ・ あり]				
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]				
治療	治療 (その他): ()				
今後の治療方針	今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 ()回/月				
医療機関・医師署名					
上記の通り診断します。					
医療機関名			記載年月日	年	月 日
医療機関住所			診療科		
			医師名		
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号 13		慢性呼吸器疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	12 閉塞性細気管支炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日 性別 男・女・性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
	年	月	日	年	月	日	肥満度 %
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・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・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()						
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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし・あり] 呼吸相:[吸気・呼気・呼気吸気ともに] 呼吸困難:[なし・あり] 低酸素血症:[なし・あり] 頻呼吸:[なし・あり] 持続する咳嗽:[なし・あり] 心不全:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし・あり]					
	その他	ばち指:[なし・あり] 治療抵抗性(治療によっても症状が60日以上持続する場合):[なし・あり] 症状(その他):()					
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載							
症状	呼吸器・循環器	喘鳴:[なし・あり] 呼吸相:[吸気・呼気・呼気吸気ともに] 呼吸困難:[なし・あり] 低酸素血症:[なし・あり] 頻呼吸:[なし・あり] 持続する咳嗽:[なし・あり] 心不全:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし・あり]					
	その他	ばち指:[なし・あり] 治療抵抗性(治療によっても症状が60日以上持続する場合):[なし・あり] 症状(その他):()					
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
細菌検査	有意菌の検出(喀痰培養):[なし・あり] 詳細:()						
	有意菌の検出(抗酸菌培養):[なし・あり] 詳細:()						
病理検査	肺生検:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		検査方法:[開胸・胸腔鏡]		
生理機能検査	呼吸機能検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		VC:()mL・未実施 FVC:()mL・未実施 %VC:()%・未実施 %FVC:()%・未実施 FEV _{1.0} :()mL %FEV _{1.0} :()% FEV _{1.0%} :()%		
	肺拡散能検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		DLco:()mL/min/mmHg DLco/VA:()mL/min/mmHg/L		
画像検査	単純X線検査(副鼻腔):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()		
	単純X線検査またはCT検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		気管支拡張:[なし・あり] 透過性の亢進:[なし・全体的・部分的] CT上のモザイクパターン:[なし・あり] 所見(その他):()		
	シンチグラフィ(肺):[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):()						

告示番号 13 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
	有意菌の検出 (抗酸菌培養) : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
病理検査	肺生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	検査方法 : [開胸 ・ 胸腔鏡]
生理機能検査	呼吸機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) VC : () mL ・ 未実施 FVC : () mL ・ 未実施 %VC : ()% ・ 未実施 %FVC : ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%	
	肺拡散能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) DLco : () mL/min/mmHg DLco/VA : () mL/min/mmHg/L	
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
	単純X線検査またはCT検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 気管支拡張 : [なし ・ あり] 透過性の亢進 : [なし ・ 全体的 ・ 部分的] CT上のモザイクパターン : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()	
	シンチグラフィ (肺) : [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] 詳細 : ()	
既往歴	重篤な下気道感染の既往 (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) : [なし ・ あり]	
	発症との関連が示唆される薬剤使用 : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド剤 : 全身投与 (経口または静注) : [なし ・ あり] 吸入 : [なし ・ あり] 免疫抑制薬 : [なし ・ あり]	
栄養管理	中心静脈栄養 : [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む) : [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法 : [なし ・ あり] 気管切開管理 : [なし ・ あり] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり] 気管挿管 : [なし ・ あり]	
移植	肺移植 : [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日 : (年 月 日)	
治療	治療 (その他) : ()	
今後の治療方針	今後の治療方針 : ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 () 回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日 年 月 日	
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号 **7** 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	13 先天性横隔膜ヘルニア					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県	()	市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI		
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日				
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・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・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()										
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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
症状	全身	経口摂取困難:[なし・あり]									
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]				肺高血圧症:[なし・あり]					
	消化器	胃食道逆流症:[なし・あり]									
	筋・骨格	漏斗胸:[なし・あり]			側彎:[なし・あり]			胸郭変形:[なし・あり]			
	耳鼻咽喉	難聴:[なし・あり]									
	その他	症状(その他):()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	経口摂取困難:[なし・あり]									
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]				肺高血圧症:[なし・あり]					
	消化器	胃食道逆流症:[なし・あり]									
	筋・骨格	漏斗胸:[なし・あり]			側彎:[なし・あり]			胸郭変形:[なし・あり]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[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] てんかん:[なし・あり]									
		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]				
耳鼻咽喉	難聴:[なし・あり]										
その他	症状(その他):()										
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
病理検査	組織診:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日								
画像検査	超音波検査(胎児):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日								
	単純X線検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日								
	CT検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日								
	MRI検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日								

告示番号	7 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
画像検査	MRI検査 (胎児): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: () 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
画像検査	単純X線検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: () 所見: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: () 所見: ()
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: () 所見: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	部位: () 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] 詳細: ()		
既往歴	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/年		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()		
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]		
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]		
リハビリテーション	補装具の使用: 補聴器: [なし ・ あり]		
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()		
治療	治療 (その他): ()		
今後の治療方針	今後の治療方針: ()		
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 ()回/月		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日		年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		9		慢性呼吸器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	14 先天性嚢胞性肺疾患								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 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 ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]				体重増加不良: [なし ・ あり]							
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]				反復する下気道感染: [なし ・ あり]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [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] てんかん: [なし ・ あり]											
		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]			
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]				体重増加不良: [なし ・ あり]							
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [なし ・ あり]				反復する下気道感染: [なし ・ あり]				反復する気胸: [なし ・ あり]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [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] てんかん: [なし ・ あり]											
		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]			
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
病理検査	切除標本: [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 (胸部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)				所見: ()				
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)				所見: ()				
	MRI検査 (胎児): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)				所見: ()				
	MRI検査 (胸部): [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): ()												

告示番号 9 慢性呼吸器疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
病理検査	切除標本: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	MRI検査 (胸部): [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] 詳細: ()	
既往歴	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/年	
出生歴	胎児水腫: [なし ・ あり] 胸水貯留: [なし ・ あり] 腹水貯留: [なし ・ あり]	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()	
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 遺残肺葉の病変: [なし ・ あり] 術式: () 所見: ()	
治療	治療 (その他): ()	
今後の治療方針	今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度 ()回/月	
医療機関・医師署名		
上記の通り診断します。		
医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	