

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		1 気道狭窄								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (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 (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 ) 採血部位：[ 動脈血 ・ 静脈血 ] 酸素吸入条件：( ) PCO <sub>2</sub> ：( )torr ・ 未実施 PO <sub>2</sub> ：( )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 <sub>1.0</sub> ：( )%				実施日：( 年 月 日 ) FVC：( )mL ・ 未実施 FEV <sub>1.0</sub> ：( )mL %VC：( )% ・ 未実施 %FEV <sub>1.0</sub> ：( )%							
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 ]											

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( ) 2021a-001

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〈継続申請用〉	2/2
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	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	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 ( )				