

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〈継続申請用〉		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"/> 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													
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 (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]											
		免疫抑制薬：[なし ・ あり]											

受給者番号 () 患者氏名 () 2021a-001

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〈継続申請用〉	2/2
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 ()				