

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〈継続申請用〉		1/2		
病名		8 嚢胞性線維症						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		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 ・ 呼吸吸気ともに ]										
				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 (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 ] 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 <sub>1.0</sub> ：( )mL %FEV <sub>1.0</sub> ：( )% FEV <sub>1.0</sub> %：( )%												
		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												
発汗試験		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)：( )												
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：( )												

