

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		2 気管支喘息								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 (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 <sub>1.0</sub> : ( )mL %FEV <sub>1.0</sub> : ( )% FEV <sub>1.0%</sub> : ( )% MMF: ( )L/sec %V <sub>50</sub> : ( )% β <sub>2</sub> 刺激薬によるFEV <sub>1.0</sub> 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): ( )											

2021a-001

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〈継続申請用〉		2/2	
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：( )	
	治療見込み期間（外来）		開始日：( )		年		月		日 ) 終了日：( )	
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						
医療機関住所				年 月 日						
				診療科						
				医師名						
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						