

| 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) |     | 1/3 |   |                    |  |                    |  |
|---|---|--|-----------------------------|---------|-----------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------|-----|-----|---|--------------------|--|--------------------|--|
| 病名  | 1 気道狭窄  |  |                             |         |                                   |             |                                  | 受付種別              | <input type="checkbox"/> 新規 |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 保険情報  | 保険者番号 ( )   |  | 被保険者記号 ( )                  |         | 被保険者番号 ( )                        |             | 被保険者個人単位枝番 ( )                   |                   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
|   | 資格取得年月日   |  | 年                           | 月       | 日                                 |             |                                  |                   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 氏名  | (セイメイ)<br>(姓)   |  |                             |         | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)              |             |                                  | (セイメイ)<br>(姓)     |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 住所  | 郵便番号 ( - )  |  | 都道府県 ( )                    |         | 市区町村 ( )                          |             |                                  | 丁目番地等 ( )         |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 生年月日  | 年   |  | 月                           | 日       | 性別                                |             |                                  | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 出生地   | 都道府県 ( )  |  | 市区町村 ( )                    |         |                                   |             |                                  |                   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 出生体重  | g   |  | 出生週数                        | 在胎      | 週                                 | 日           |                                  |                   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 発症時期  | 年   |  | 月                           | 頃       | 記載時の年齢                            | 満           | 歳                                | か                 |                             | 月                      |     |     | 日 |                    |  |                    |  |
| 現在の身長・体重  | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)                                   |                             |         |                                   | 体重<br>(測定日) | kg ( SD)                         |                   |                             |                        | BMI |     |   |                    |  |                    |  |
|   |   | 年  | 月                           | 日       | 年                                 |             | 月                                | 日                 | 肥満度                         | %                      |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 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  | 治療 ・ 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                       |   |  |                             |         |                                   |             |                                  |                   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 最終受診日   | ( 年 月 日 )   |  |                             |         |                                   |             |                                  |                   |                             |                        |     |     |   |                    |  |                    |  |
| 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: ( )<br>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: ( )<br>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: ( )<br>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: ( )<br>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 <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施 |             | PO <sub>2</sub> : ( ) 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) **2/3**

|                        |   |  |  |
|------------------------|---|--|--|
| 生理機能検査                 | 呼吸機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>VC：( )mL ・ 未実施<br>%FVC：( )% ・ 未実施<br>FEV <sub>1.0%</sub> ：( )%   | 実施日：( 年 月 日 )<br>FVC：( )mL ・ 未実施<br>FEV <sub>1.0%</sub> ：( )mL | %VC：( )% ・ 未実施<br>%FEV <sub>1.0%</sub> ：( )%         |
| 画像検査                   | 画像検査：実施日：( 年 月 日 )<br>検査方法：( )<br>部位：( )<br>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 ]<br>酸素吸入：[ なし ・ あり ]<br>pH：( ) ・ 未実施   | 実施日：( 年 月 日 )<br>酸素吸入条件：( )<br>PCO <sub>2</sub> ：( )torr ・ 未実施 | 採血部位：[ 動脈血 ・ 静脈血 ]<br>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 ]<br>VC：( )mL ・ 未実施<br>%FVC：( )% ・ 未実施<br>FEV <sub>1.0%</sub> ：( )%   | 実施日：( 年 月 日 )<br>FVC：( )mL ・ 未実施<br>FEV <sub>1.0%</sub> ：( )mL | %VC：( )% ・ 未実施<br>%FEV <sub>1.0%</sub> ：( )%         |
| 画像検査                   | 画像検査：実施日：( 年 月 日 )<br>検査方法：( )<br>部位：( )<br>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 ]<br>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 ]<br>人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]  | 経鼻エアウェイ：[ なし ・ あり ]<br>気管挿管：[ なし ・ あり ]                        | 気管切開管理：[ なし ・ あり ]                                   |
| 手術                     | 手術 1：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>術式：( )<br>所見：( )   | 実施日：( 年 月 日 )  |  |
|                        | 手術 2：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>術式：( )<br>所見：( )   | 実施日：( 年 月 日 )  |  |
|                        | 手術 3：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>術式：( )<br>所見：( )   | 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 )<br>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  |  |  |
| 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 ( ) |  |  |
| 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  |
| 医療機関所在地                |   | 診断年月日  | 年 月 日  |
| 電話番号                   |   | 診療科  |  |
|                        |   | 医師名  |  |
|                        |   | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 告示番号 <b>6</b> 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〉 <b>3/3</b> |  |
|---|--|
| 行政記載欄   |  |
| 担当自治体   |  |
| 受理日   | 年 月 日  |
| 公費負担者番号   |  |
| 認定結果  | [ 認定 ・ 不認定 ]   |
| 研究同意の有無   | [ 有 ・ 無 ]  |
| 受給者番号   | 受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日   |
| 階層区分  | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]                |
| 保険情報  | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |