

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 → ()				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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 (測定日)	cm (SD)			体重 (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													
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: () 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]					
	耳鼻咽喉	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]											
	その他	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]			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 ₂ : () torr ・ 未実施		PO ₂ : () torr ・ 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 _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : () %							
	FEV _{1.0} : () %												
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]									

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		
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。

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 () 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