

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 (新規申請用)		1/2	
病名	2 気管支喘息							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) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日	(年		月	日)									
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 _{1.0} : ()mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0} : ()%		MMF: ()L/sec						
	%V ₅₀ : ()%		β ₂ 刺激薬によるFEV _{1.0} 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]												
呼気一酸化窒素濃度測定	呼気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: [経陰分娩 ・ 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): ()												

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 (新規申請用) **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]
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