

|                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 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 ( )<br>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<br>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 (申請時) ※直近の状況を記載   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
| 最終受診日                  |  | ( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
| 症状<br>(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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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<br>総IgE：( )IU/mL 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                        |  | 特異的IgE抗体：実施日：( 年 月 日 )<br>スコア (ダニ)： [ 未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ]<br>スコア (スギ)： [ 未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ]<br>スコア (アルテルナリア)： [ 未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ]<br>スコア (ネコ)： [ 未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ]<br>スコア (イヌ)： [ 未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ]<br>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 )<br>FEV <sub>1.0</sub> ：( )mL %FEV <sub>1.0</sub> ：( )% FEV <sub>1.0%</sub> ：( )% MMF：( )L/sec<br>%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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                        |  | 重症心身障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>ペット (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |

