

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 → ( )				
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 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 <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): ( )												

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