

告示番号		8		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	3 先天性中枢性低換気症候群							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 (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 )												
症状	呼吸器・循環器	覚醒時無呼吸または低換気: [ なし ・ あり ]			睡眠時無呼吸または低換気: [ なし ・ あり ]			気道病変: [ なし ・ あり ]					
	心不全: [ なし ・ あり ]	不整脈: [ 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													
症状	呼吸器・循環器	覚醒時無呼吸または低換気: [ なし ・ あり ]			睡眠時無呼吸または低換気: [ なし ・ あり ]			気道病変: [ なし ・ あり ]					
	心不全: [ なし ・ あり ]	不整脈: [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	自律神経障害: [ なし ・ あり ]			詳細: ( )								
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 (覚醒時、人工呼吸非使用)	血液ガス分析: [ 未実施 ・ 実施 ]			採血部位: [ 動脈血 ・ 静脈血 ]									
	酸素吸入: [ なし ・ あり ] 酸素吸入条件: ( )												
	PCO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施			PO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施									
血液ガス分析 (睡眠時、人工呼吸非使用)	血液ガス分析: [ 未実施 ・ 実施 ]			採血部位: [ 動脈血 ・ 静脈血 ]									
	酸素吸入: [ なし ・ あり ] 酸素吸入条件: ( )												
	PCO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施			PO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施									
睡眠時モニタリング	睡眠時 SpO <sub>2</sub> モニタリング: [ なし ・ あり ]												
	詳細: ( )												
	睡眠時 EtCO <sub>2</sub> (TcPCO <sub>2</sub> ) モニタリング: [ なし ・ あり ]												
	詳細: ( )												
スリープスタディ	睡眠時無呼吸: [ なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性 ]					Apnea hypopnea index (AHI): ( )							
	炭酸ガス換気応答試験: ( ) mL/min/kg/mmHg					炭酸ガス換気応答試験: ( ) L/min/m <sup>2</sup> /mmHg							
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長: [ なし ・ あり ]			非ポリアラニン伸長変異: [ なし ・ あり ]						
	詳細: ( )												
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 (覚醒時)	血液ガス分析: [ 未実施 ・ 実施 ]			採血部位: [ 動脈血 ・ 静脈血 ]									
	酸素吸入: [ なし ・ あり ] 酸素吸入条件: ( )												
	PCO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施			PO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施									
血液ガス分析 (睡眠時)	血液ガス分析: [ 未実施 ・ 実施 ]			採血部位: [ 動脈血 ・ 静脈血 ]									
	酸素吸入: [ なし ・ あり ] 酸素吸入条件: ( )												
	PCO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施			PO <sub>2</sub> : ( ) torr ・ 未実施									
スリープスタディ	睡眠時無呼吸: [ なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性 ]					Apnea hypopnea index (AHI): ( )							
	炭酸ガス換気応答試験: ( ) mL/min/kg/mmHg					炭酸ガス換気応答試験: ( ) L/min/m <sup>2</sup> /mmHg							

告示番号	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
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細: ( )	PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長: [ なし ・ あり ]	非ポリアラニン伸長変異: [ 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				
鑑別診断	本症以外の睡眠時無呼吸・低換気となるような疾患鑑別され除外されている: [ 未実施 ・ 実施 ]			
合併症	ヒルシュブルグ病: [ なし ・ あり ]	中枢神経疾患: [ 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	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )			
呼吸管理	酸素療法: [ なし ・ あり ]	横隔膜ペーシング: [ なし ・ あり ]	気管切開管理: [ なし ・ あり ]	人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]
治療	気管挿管: [ なし ・ あり ] 呼吸管理 (その他): [ 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