

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 (継続申請用) **1/2**

病名	3 先天性中枢性低換気症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 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		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)						
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]	
	精神・神経	心不全: [なし ・ あり]		不整脈: [なし ・ あり]			
	自律神経障害: [なし ・ あり]	詳細: ()					
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 (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 ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () 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 ₂ : () torr ・ 未実施 PO ₂ : () 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 ² /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): ()						
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	ヒルシュスプルング病: [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]		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 ()						

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〈継続申請用〉	2/2
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