

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI				
										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] 心不全：[なし ・ あり]					睡眠時無呼吸または低換気：[なし ・ あり] 不整脈：[なし ・ あり]			気道病変：[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 (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 ()												

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	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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