

告示番号		10		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〉		1/3	
病名		7 線毛機能不全症候群（カルタゲナー（Kartagener）症候群を含む。）								受付種別		☐ 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) 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	全身	内臓逆位：[なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	喘鳴：[なし ・ あり] 呼吸相：[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症：[なし ・ あり] 持続する咳嗽：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 心不全：[なし ・ あり] 下気道感染の頻度：[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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎：[なし ・ あり]											
その他	ばち指：[なし ・ あり] 吐血の否定：[されていない ・ されている] 症状（その他）：()												
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
症状	全身	内臓逆位：[なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	喘鳴：[なし ・ あり] 呼吸相：[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症：[なし ・ あり] 持続する咳嗽：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 心不全：[なし ・ あり] 下気道感染の頻度：[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]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎：[なし ・ あり]											
その他	ばち指：[なし ・ あり] 吐血の否定：[されていない ・ されている] 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													
細菌検査	有意菌の検出（喀痰培養）：[なし ・ あり] 詳細：()												
	有意菌の検出（抗酸菌培養）：[なし ・ あり] 詳細：()												
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施] 部位：[鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常：[なし ・ あり] 所見（その他）：()												
生理機能検査	呼吸機能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) VC：()mL ・ 未実施 FVC：()mL ・ 未実施 %VC：()% ・ 未実施 %FVC：()% ・ 未実施 FEV _{1.0} ：()mL %FEV _{1.0} ：()% FEV _{1.0} %：()%												
	肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) DLco：()mL/min/mmHg DLco／VA：()mL/min/mmHg/L												
画像検査	単純X線検査（副鼻腔）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	単純X線検査またはCT検査（胸部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 無気肺：[なし ・ あり] 気管支拡張像：[なし ・ あり] 所見（その他）：()												
検査所見（その他）	検査所見（その他）：()												

