

告示番号 <b>10</b>		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	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	<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	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 (申請時) ※直近の状況を記載								
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [ 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 %VC: ( )% ・ 未実施			
	%FVC: ( )% ・ 未実施		FEV <sub>1.0</sub> : ( ) mL		%FEV <sub>1.0</sub> : ( )% FEV <sub>1.0%</sub> : ( )%			
画像検査	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			
	単純X線検査 (副鼻腔): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )			
画像検査	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): ( )							
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
合併症	膠原病の合併: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )							
	心・大血管の異常: [ 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	ステロイド剤: 全身投与 (経口または静注): [ なし ・ あり ]			吸入: [ なし ・ あり ]				
	免疫抑制剤: [ なし ・ あり ]							

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〈継続申請用〉		2/2
栄養管理	中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[ なし ・ あり ]		
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ] 気管挿管：[ なし ・ あり ]	気管切開管理：[ なし ・ あり ]	人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]	
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日：( 年 月 日 )	術式：( )	所見：( )
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