

告示番号		12		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	8 嚢胞性線維症							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	全身	体重増加不良: [ 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 ]											
	消化器	脂肪便: [ なし ・ あり ] 慢性膵炎: [ なし ・ あり ] 肝硬変: [ なし ・ あり ]											
	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	体重増加不良: [ 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 ]											
	消化器	脂肪便: [ なし ・ あり ] 慢性膵炎: [ なし ・ あり ] 肝硬変: [ なし ・ あり ]											
	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 (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	便中キモトリプシン活性の低下: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]					尿中PABA排泄率の低下: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]							
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 <sub>1.0</sub> : ( )mL		%FEV <sub>1.0</sub> : ( )%		FEV <sub>1.0</sub> : ( )%							
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											
発汗試験	発汗試験: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		汗中Cl濃度: ( )mEq/L								
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 )										
	気管支拡張: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		気管狭窄: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		所見 (その他): ( )								
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		CFTR遺伝子異常: [ なし ・ あり ]								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )												

告示番号 <b>12</b> 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)		2/3		
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	便中キモトリプシン活性の低下: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]	尿中PABA排泄率の低下: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		
生理機能検査	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] VC: ( ) mL ・ 未実施 %FVC: ( ) % ・ 未実施	実施日: ( 年 月 日 ) FVC: ( ) mL ・ 未実施 FEV <sub>1.0</sub> : ( ) mL	%VC: ( ) % ・ 未実施 %FEV <sub>1.0</sub> : ( ) % FEV <sub>1.0%</sub> : ( ) %	
	肺拡散能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] DLco: ( ) mL/min/mmHg	実施日: ( 年 月 日 ) DLco/VA: ( ) mL/min/mmHg/L		
発汗試験	発汗試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 試験方法: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	汗中Cl濃度: ( ) mEq/L	
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 気管支拡張: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 気管狭窄: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 所見 (その他): ( )	実施日: ( 年 月 日 )		
	遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )	CFTR遺伝子異常: [ 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				
合併症	心・大血管の異常: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )			
既往歴	胎便性イレウスの既往: [ なし ・ あり ]			
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )			
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 ]			
栄養管理	中心静脈栄養: [ 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 ]	
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