

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		☐ 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	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		便中キモトリブシン活性の低下: [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: ()% ・ 未実施				FVC: ()mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 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							
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): ()											

