

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 (継続申請用)		1/2		
病名	8 嚢胞性線維症			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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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 (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]		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%} : () %			
発汗試験	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): ()					
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]
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