

告示番号		14		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)		1/2	
病名	11 慢性肺疾患							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	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)												
発症時期	呼吸障害の発症時期: 日齢 ()日												
症状	呼吸器・循環器	呼吸管理状況 (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: 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (日齢28): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 呼吸管理状況 (修正36週): 吸入酸素: [なし ・ あり] 酸素濃度 (最大): ()% 気管挿管による人工換気: [なし ・ あり] 肺高血圧症: [なし ・ あり]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 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	低酸素血症: [なし ・ あり] 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり]											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 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													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり]		酸素吸入条件: ()										
	pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : ()torr ・ 未実施		PO ₂ : ()torr ・ 未実施								
血液検査	血清IgM (臍帯血): ()mg/dL		実施日: (年 月 日)										
	血清IgM (本人血): ()mg/dL		実施日: (年 月 日)										
	IL-6: ()pg/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)										
	KL-6: ()U/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)										
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液ガス分析	血液ガス分析: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		採血部位: [動脈血 ・ 静脈血]								
	酸素吸入: [なし ・ あり]		酸素吸入条件: ()										
	pH: () ・ 未実施		PCO ₂ : ()torr ・ 未実施		PO ₂ : ()torr ・ 未実施								

告示番号	14	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)	2/2
血液検査	血清IgM (臍帯血): ()mg/dL 血清IgM (本人血): ()mg/dL IL-6: ()pg/mL ・ 未実施 KL-6: ()U/mL ・ 未実施	実施日: ()年 ()月 ()日 実施日: ()年 ()月 ()日 実施日: ()年 ()月 ()日 実施日: ()年 ()月 ()日				
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: ()年 ()月 ()日				
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: ()年 ()月 ()日				
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()	実施日: ()年 ()月 ()日 実施時年齢: ()年 ()か月				
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): ()					
出生歴	出生時の呼吸障害: [なし ・ あり] 絨毛膜羊膜炎: [なし ・ あり] びまん性絨毛膜羊膜炎ヘモジデロシス: [なし ・ あり]					
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]					
	利尿薬: [なし ・ あり]					
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [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