

告示番号		7		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	13 先天性横隔膜ヘルニア							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		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	経口摂取困難: [なし ・ あり]												
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状: [なし ・ あり]						肺高血圧症: [なし ・ あり]						
	消化器	胃食道逆流症: [なし ・ あり]												
	筋・骨格	漏斗胸: [なし ・ あり]			側彎: [なし ・ あり]			胸郭変形: [なし ・ あり]						
	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]												
		てんかん: [なし ・ あり]												
耳鼻咽喉	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]													
	注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]			自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]			限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]							
発達障害 (その他):	()													
その他	症状 (その他): ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
画像検査	単純X線検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)												
	部位: ()	()												
	所見: ()	()												
	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)												
部位: ()	()													
所見: ()	()													
MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)													
部位: ()	()													
所見: ()	()													
画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)													
部位: ()	()													
所見: ()	()													
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	合併症: [なし ・ あり]													
詳細: ()	()													
既往歴	入院を要する呼吸器感染: [なし ・ あり]						過去1年間の入院回数: () 回/年							
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]													
詳細: ()	()													

告示番号 7 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] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]
リハビリテーション	補装具の使用：補聴器：[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