

告示番号		9		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	14 先天性嚢胞性肺疾患							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 )												
症状	全身	経口摂取困難: [ なし ・ あり ]			体重増加不良: [ なし ・ あり ]								
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]			反復する下気道感染: [ 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 ]											
発達障害	発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]									
	注意欠如多動症: [ 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): ( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	経口摂取困難: [ なし ・ あり ]			体重増加不良: [ なし ・ あり ]								
	呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]			反復する下気道感染: [ なし ・ あり ]			反復する気胸: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	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 ]													
発達障害	発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]									
	注意欠如多動症: [ 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 (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													
病理検査	切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )								
画像検査	超音波検査 (胎児): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )								
	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: ( )								
	MRI検査 (胎児): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )								
	MRI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	
病理検査	切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
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: ( )
	MRI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): ( )
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
出生歴	胎児水腫: [ なし ・ あり ] 胸水貯留: [ なし ・ あり ] 腹水貯留: [ なし ・ あり ]
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: ( )
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 ] 非侵襲的陽圧換気療法: [ 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 ]
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 遺残肺葉の病変: [ なし ・ あり ] 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