

告示番号		1		骨系統疾患 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	1 胸郭不全症候群					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	低身長 ( -2.0SD以下): [ なし ・ あり ] BMI: [ 10未満 ・ 10以上15未満 ・ 15以上20未満 ・ 20以上25未満 ・ 25以上 ] 経口摂取困難: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 反復する下気道感染: [ なし ・ あり ]								
	筋・骨格	脊柱変形: [ なし ・ あり ] 病型: [ 側弯 ・ 後弯 ・ 前弯 ・ 後側弯 ・ 前側弯 ・ その他 ] 病型 (その他): ( )								
		胸郭変形: [ なし ・ あり ] 病型: [ 漏斗胸 ・ 樽状胸郭 ・ 回旋変形 ] 病型 (その他): ( )								
		筋力低下: 上肢: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			下肢: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			四肢: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		
	精神・神経	精神発達遅滞: [ 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 ・ 不明 ] 痙性麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 弛緩性麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] てんかん: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
		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): ( )										
呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]									
その他	症状 (その他): ( )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
生理機能検査	6分間歩行検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	睡眠ポリソムノグラフィ検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
画像検査	超音波検査 (胎児): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	単純X線検査 (脊柱): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	CT検査 (脊柱): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	MRI検査 (脊柱): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
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 ]		染色体異常: [ なし ・ あり ]							
家族歴	合併症 (その他): ( )									
	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		詳細: ( )							

告示番号 **1** 骨系統疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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 ] 気管切開管理: [ 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 ]	人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]
リハビリテーション	矯正ギプス: [ なし ・ あり ] 開始時期: ( 年 月 ) 詳細: ( )		
	矯正装具: [ なし ・ あり ] 開始時期: ( 年 月 ) 装具の種類: [ CTLSO ・ TLSO ・ その他 ] 詳細: ( )		
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)
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