

告示番号		8		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〉											
病名		3 先天性中枢性低換気症候群										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → ()							
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
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 %					
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日									
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 ()													
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															
症状		呼吸器・循環器		覚醒時無呼吸または低換気：[なし ・ あり]				睡眠時無呼吸または低換気：[なし ・ あり]				気道病変：[なし ・ あり]			
		精神・神経		心不全：[なし ・ あり]				不整脈：[なし ・ あり]							
				自律神経障害：[なし ・ あり]				詳細：()							
その他		症状 (その他)：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液ガス分析 (覚醒時)		血液ガス分析：[未実施 ・ 実施] 採血部位：[動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入：[なし ・ あり] 酸素吸入条件：() PCO ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施													
血液ガス分析 (睡眠時)		血液ガス分析：[未実施 ・ 実施] 採血部位：[動脈血 ・ 静脈血] 酸素吸入：[なし ・ あり] 酸素吸入条件：() PCO ₂ ：()torr ・ 未実施 PO ₂ ：()torr ・ 未実施													
スリープスタディ		睡眠時無呼吸：[なし ・ 中枢性 ・ 混合性 ・ 閉塞性] Apnea hypopnea index (AHI)：() 炭酸ガス換気応答試験：()mL/min/kg/mmHg 炭酸ガス換気応答試験：()L/min/m ² /mmHg													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] PHOX2B 遺伝子ポリアラニン伸長：[なし ・ あり] 非ポリアラニン伸長変異：[なし ・ あり] 詳細：()													
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															
鑑別診断		本症以外の睡眠時無呼吸・低換気となるような疾患鑑別され除外されている：[未実施 ・ 実施]													
合併症		ヒルシュスプルング病：[なし ・ あり] 中枢神経疾患：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()													
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：()													
呼吸管理		酸素療法：[なし ・ あり] 横隔膜ペーシング：[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] 呼吸管理 (その他)：[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													
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							
医療機関住所				診療科				医師名		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					