

告示番号		6		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	1 気道狭窄							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号			受診日	年 月 日									
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			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													
病型	病型: [咽頭狭窄症 ・ 喉頭狭窄症 ・ 気管狭窄症 ・ 気管軟化症 ・ 気管支狭窄症 ・ 気管支軟化症]												
	咽頭狭窄症の場合: 部位: ()												
	喉頭狭窄症の場合: 声門上: [なし ・ あり] 声門: [なし ・ あり] 声門下: [なし ・ あり]												
	気管狭窄症 / 気管軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]												
	気管支狭窄症 / 気管支軟化症の場合: 種類: () 狭窄: [なし ・ あり] 軟化症: [なし ・ あり]												
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 呼吸困難: [なし ・ あり] 無呼吸発作: [なし ・ あり] 低酸素血症: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上] 心不全: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	難聴: [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													
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												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () %												
画像検査	画像検査: 実施日: (年 月 日) 検査方法: () 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	心・大血管の異常: [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	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]												
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] 経鼻エアウェイ: [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1 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 術式 : () 所見 : ()
	手術2 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 術式 : () 所見 : ()
	手術3 : [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
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 ()

告示番号		5		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	2 気管支喘息							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号			受診日	年 月 日									
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		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)	治療を考慮した真の重症度: [間欠型 ・ 軽症持続型 ・ 中等症持続型 ・ 重症持続型 ・ 最重症持続型] 症状のみの見かけの重症度: [間欠型 ・ 軽症持続型 ・ 中等症持続型 ・ 重症持続型 ・ 最重症持続型] 1年以内に3か月に3回以上の大発作があったか: [なし ・ あり] 1年以内に意識障害を伴う大発作があったか: [なし ・ あり] 治療で人工呼吸管理又は挿管を行うか: [なし ・ あり] 概ね1ヶ月以上長期入院療法を行うか: [なし ・ あり] 大発作: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]												
	オマリズマブ等の生物学的製剤の投与を行ったか: [なし ・ あり] 使用薬剤名: ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	好酸球数: ()/μL												
	総IgE: ()IU/mL 実施日: (年 月 日)												
	特異的IgE抗体: 実施日: (年 月 日)												
	スコア (ダニ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (スギ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
	スコア (アルテルナリア): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]												
スコア (ネコ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]													
スコア (イヌ): [未実施 ・ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]													
スコア (その他): ()													
病理検査	喀痰または鼻汁の好酸球: [- ・ + ・ ++ ・ +++]												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	FEV _{1.0} : ()mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0%} : ()%		MMF: ()L/sec						
%V ₅₀ : ()%		β ₂ 刺激薬によるFEV _{1.0} の改善率: ()%											
気道過敏性検査	気道過敏性検査: [未実施 ・ 過敏性なし ・ 過敏性あり]												
呼気中一酸化窒素濃度測定	呼気中一酸化窒素濃度測定: [未実施 ・ 実施] 呼気一酸化窒素濃度: ()ppb 吸入ステロイドの使用: [なし ・ あり]												
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	アレルギー合併症: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	重症心身障害: [なし ・ あり]												
詳細: ()													
合併症 (その他): ()													
出生歴	分娩様式: [経産分娩 ・ 帝王切開 ・ 不明]												
喫煙歴	家族内の喫煙の有無: [なし ・ 屋外喫煙のみ ・ 屋内喫煙あり ・ 不明]												
ペット歴	ペットの有無: [なし ・ あり]			ペット (ネコ): [なし ・ あり]			ペット (イヌ): [なし ・ あり]			ペット (その他): ()			

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	治療ステップ: [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4] 吸入ステロイド剤以外の経口ステロイド剤依存: [なし ・ あり] 1か月の治療点数: () 点
呼吸管理	酸素療法: [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]
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 ()

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 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日								
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			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]							
	その他	自律神経障害: [なし ・ あり] 詳細: ()										
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 ()						

告示番号		2		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	4 特発性間質性肺炎								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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		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	全身	成長障害: 低身長 (-2.0SD 以下): [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 頻呼吸: [なし ・ あり] 咳嗽: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 適切な治療を行っても2週間以上続く低酸素血症または頻呼吸: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 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	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	KL-6: () U/mL ・ 未実施 SP-A: () ng/mL ・ 未実施 SP-D: () ng/mL ・ 未実施												
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡] 所見: ()												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %												
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) びまん性間質性陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) SP-C 遺伝子異常: [なし ・ あり] SP-B 遺伝子異常: [なし ・ あり] ABCA3 遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()												
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	心疾患、感染症、免疫不全、膠原病、重篤な嚥下機能障害、新生児慢性肺疾患 (CLD)、新生児呼吸窮迫症候群、嚥索性肺線維症、薬剤性間質性肺炎、 びまん性間質性陰影をきたしうる他の肺疾患 (肺胞蛋白症、肺胞微石症など)、が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]												
合併症	肺高血圧症の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	甲状腺機能異常の合併: [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	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]	
	免疫抑制薬：[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]	
治療	人工呼吸管理：[なし ・ あり]			
今後の治療方針	治療（その他）：()			
	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 ()

告示番号		1		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	5 先天性肺胞蛋白症 (遺伝子異常が原因の間質性肺疾患を含む。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
受給者番号		受診日	年 月 日						
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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	肺高血圧症: [なし ・ あり]							
	その他	低ガンマグロブリン血症: [なし ・ あり] 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	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	LDH: () U/L	実施日: (年 月 日)							
	血清IgG: () mg/dL	実施日: (年 月 日)							
	KL-6: () U/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)							
	SP-A: () ng/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)							
	SP-D: () ng/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)							
病理検査	気管支肺胞洗浄液: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)								
	所見 (肉眼): ()								
	所見 (顕微鏡): ()								
	肺生検: [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: ()								
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)								
	SP-C遺伝子異常: [なし ・ あり]				ABCA3遺伝子異常: [なし ・ あり]				
	遺伝子異常 (その他): ()								
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]		甲状腺機能異常の合併: [なし ・ あり]		骨疾患の合併: [なし ・ あり]				
	合併症 (その他): ()								
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]								
	詳細: ()								
出生歴	出生時の呼吸障害: [なし ・ あり]				新生児仮死: [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]				
	クロロキン製剤: [なし ・ あり]								

告示番号 1 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	
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]
移植	肺移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日)
	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日)
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 ()

告示番号		3		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	6 肺胞微石症								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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		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	喘鳴:[なし ・ あり] 呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症:[なし ・ あり] 持続する咳嗽:[なし ・ あり] 呼吸困難(労作時):[なし ・ あり] 胸痛:[なし ・ あり] 心不全:[なし ・ あり] 下気道感染の頻度:[なし ・ 回数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
		その他	ばち指:[なし ・ あり] 症状(その他):()										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病理検査	肺生検:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		病理学的な微石の証明:[なし ・ あり]								
生理機能検査	呼吸機能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)										
	VC:()mL ・ 未実施		FVC:()mL ・ 未実施		%VC:()% ・ 未実施								
%FVC:()% ・ 未実施		FEV _{1.0} :()mL		%FEV _{1.0} :()%		FEV _{1.0%} :()%							
画像検査	肺拡散能検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)										
	DLco:()mL/min/mmHg		DLco/VA:()mL/min/mmHg/L										
遺伝学的検査	単純X線検査またはCT検査(胸部):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)										
	両側にびまん性・対称性の粒状影またはスリガラス陰影:[なし ・ あり]		病変の下肺野優位:[なし ・ あり]										
検査所見(その他)	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:()												
家族歴	本疾患の家族歴:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()												
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] 免疫抑制薬:[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] 人工呼吸管理:[なし ・ あり] 気管挿管:[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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		10		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	7 線毛機能不全症候群 (カルタゲナー (Kartagener) 症候群を含む。)								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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		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	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
病理検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
生理機能検査	生検: [未実施 ・ 実施] 部位: [鼻腔 ・ 気管支] 線毛機能異常: [なし ・ あり]												
	所見 (その他): ()												
画像検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: ()% ・ 未実施 %FVC: ()% ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : ()% FEV _{1.0%} : ()%												
合併症	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
検査所見 (その他)	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり]												
薬物療法	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	膠原病の合併: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	心・大血管の異常: [なし ・ あり]												
	合併症 (その他): ()												
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]												
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]												

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] 気管挿管：[なし ・ あり]	気管切開管理：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[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

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 ()

告示番号		12		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	8 嚢胞性線維症								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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			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	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	消化器	脂便: [なし ・ あり] 慢性肺炎: [なし ・ あり] 肝硬変: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
病理検査	便中キモトリプシン活性の低下: [なし ・ あり ・ 未実施] 尿中PABA排泄率の低下: [なし ・ あり ・ 未実施]												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () %												
	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
発汗試験	発汗試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 汗中Cl濃度: () mEq/L 試験方法: ()												
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 気管支拡張: [なし ・ あり] 詳細: () 気管狭窄: [なし ・ あり] 詳細: () 所見 (その他): ()												
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) CFTR遺伝子異常: [なし ・ あり]												
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): ()												
既往歴	胎便性イレウスの既往: [なし ・ あり]												
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()												

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]
栄養管理	中心静脈栄養：[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] 人工呼吸管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[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 ()

告示番号		4		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	9 気管支拡張症								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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	肥満度			
		年 月 日		年 月 日		%							
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	全身	内臓逆位: [なし ・ あり]											
	呼吸器・ 循環器	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]											
		低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
生理機能検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	VC: () mL ・ 未実施			FVC: () mL ・ 未実施		%VC: () % ・ 未実施							
%FVC: () % ・ 未実施			FEV _{1.0} : () mL		%FEV _{1.0} : () %		FEV _{1.0%} : () %						
画像検査	肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	DLco: () mL/min/mmHg			DLco/VA: () mL/min/mmHg/L									
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		所見: ()							
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		無気肺: [なし ・ あり] 気管支拡張像: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()							
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	膠原病の合併: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
合併症	心・大血管の異常: [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	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]												
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]												
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]									

告示番号 **4** 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**

呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]	気管切開管理：[なし ・ あり]	人工呼吸管理：[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
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 ()		

告示番号		11		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	10 特発性肺ヘモジデロシス										受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
受給者番号				受診日	年 月 日								
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			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	喘鳴: [なし ・ あり] 呼吸相: [吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに] 低酸素血症: [なし ・ あり] 持続する咳嗽: [なし ・ あり] 血痰・咯血: [なし ・ あり] 心不全: [なし ・ あり] 下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎: [なし ・ あり]											
	再発	再発 (直近1年): [なし ・ あり] 再発と診断した根拠: 血痰: [なし ・ あり] ヘモグロビンの低下 (2g/dL以上の低下): [なし ・ あり] 再発と診断した根拠: ()											
	その他	ばち指: [なし ・ あり] 吐血の否定: [されていない ・ されている] 症状 (その他): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	ヘモグロビン (Hb): () g/dL ヘマトクリット (Ht): () % LDH: () U/L 血清鉄 (Fe): () μg/dL フェリチン: () ng/mL ・ 未実施 ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施 KL-6: () U/mL ・ 未実施 牛乳アレルギー: [なし ・ あり]												
細菌検査	有意菌の検出 (略痰培養): [なし ・ あり] 詳細: () 有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり] 詳細: ()												
病理検査	ヘモジデリン貪食細胞: [なし ・ あり] 検体採取部位: [略痰 ・ 胃液 ・ 気管支肺胞洗浄液]												
生理機能検査	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) VC: () mL ・ 未実施 FVC: () mL ・ 未実施 %VC: () % ・ 未実施 %FVC: () % ・ 未実施 FEV _{1.0} : () mL %FEV _{1.0} : () % FEV _{1.0%} : () % 肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) DLco: () mL/min/mmHg DLco/VA: () mL/min/mmHg/L												
画像検査	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 肺区域に一致しない境界不明瞭で不規則な形の陰影: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
画像検査 (再発時)	単純X線写真 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 異常所見: [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	肺出血をきたしうる他の疾患が鑑別され除外されている: [未実施 ・ 実施]												
合併症	膠原病の合併: [なし ・ あり] 詳細: ()												

告示番号	11	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
合併症	心・大血管の形態異常：[なし ・ あり (先天性) ・ あり (後天性)] 詳細：() 合併症 (その他)：()			
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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり]			
薬物治療 (再発時)	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] 免疫抑制薬：() 薬物療法 (その他)：()			
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] 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) 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			
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 ()	

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 (継続申請用)		1/2	
病名	11 慢性肺疾患								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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			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	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 (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												
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: ()						
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)						実施時年齢: (年 か月)						
	検査名: [田中・ピネー式 ・ 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: ()												
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]		非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]				人工呼吸管理: [なし ・ あり]						
	気管挿管: [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 ()					

告示番号 13		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	12 閉塞性細気管支炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号		受診日	年 月 日							
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		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	喘鳴:[なし ・ あり]		呼吸相:[吸気 ・ 呼気 ・ 呼気吸気ともに]						
		呼吸困難:[なし ・ あり]		低酸素血症:[なし ・ あり]		頻呼吸:[なし ・ あり]		持続する咳嗽:[なし ・ あり]		
	心不全:[なし ・ あり]									
	耳鼻咽喉	副鼻腔炎:[なし ・ あり]								
その他	ばち指:[なし ・ あり]		治療抵抗性 (治療によっても症状が60日以上持続する場合): [なし ・ あり]							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
細菌検査	有意菌の検出 (喀痰培養): [なし ・ あり]									
	詳細: ()									
病理検査	有意菌の検出 (抗酸菌培養): [なし ・ あり]									
	詳細: ()									
病理検査	肺生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		検査方法: [開胸 ・ 胸腔鏡]					
生理機能検査	所見: ()									
	呼吸機能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
VC: ()mL ・ 未実施		FVC: ()mL ・ 未実施		%VC: ()% ・ 未実施						
%FVC: ()% ・ 未実施		FEV _{1.0} : ()mL		%FEV _{1.0} : ()%		FEV _{1.0%} : ()%				
肺拡散能検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)								
DLco: ()mL/min/mmHg		DLco/VA: ()mL/min/mmHg/L								
画像検査	単純X線検査 (副鼻腔): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	所見: ()									
	単純X線検査またはCT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		気管支拡張: [なし ・ あり]		透過性の亢進: [なし ・ 全体的 ・ 部分的]		CT上のモザイクパターン: [なし ・ あり]	
所見 (その他): ()										
シンチグラフィ (肺): [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	重篤な下気道感染の既往 (高度の酸素需要や人工呼吸管理が必要、2週間以上の入院などを目安とする): [なし ・ あり]									
	発症との関連が示唆される薬剤使用: [なし ・ あり]									
詳細: ()										

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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり]
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] 人工呼吸管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]
移植	肺移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日)
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 ()

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 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
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		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	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]											
		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]								
耳鼻咽喉	難聴: [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													
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]	気管切開管理：[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	

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 ()

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 (継続申請用)		1/2	
病名	14 先天性嚢胞性肺疾患								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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	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: [なし ・ あり ・ 不明]			自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]								
その他	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): ()												
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)							
画像検査	単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)							
	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)							
	MRI検査 (胸部): [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] 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]			人工呼吸管理: [なし ・ あり]			非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]			気管切開管理: [なし ・ あり]			
			気管挿管: [なし ・ あり]										

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 (継続申請用) **2/2**

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

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 ()