

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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	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	脂排便：[なし ・ あり] 慢性膵炎：[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] VC：()mL ・ 未実施 %FVC：()% ・ 未実施				実施日：(年 月 日) FVC：()mL ・ 未実施 %VC：()% ・ 未実施 FEV _{1.0} ：()mL %FEV _{1.0} ：()% FEV _{1.0} %：()%							
		肺拡散能検査：[未実施 ・ 実施] DLco：()mL/min/mmHg				実施日：(年 月 日) DLco／VA：()mL/min/mmHg/L							
発汗試験		発汗試験：[未実施 ・ 実施] 試験方法：()				実施日：(年 月 日)				汗中Cl濃度：()mEq/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) 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：()											

