

様式第2号その3(第7条、第13条関係) (表面)

小兒慢性特定疾患（慢性呼吸器疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号（ ）			新規（新規診断、転入 ^{注1} ）			継続、再開		
患者	ふりがな 氏 名		男 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)			
発病	平成 年 月 頃			初診日	平成 年 月 日			
疾患群	03 慢性呼吸器疾患	疾 患 名		I C D （ ）				
症状： 該当するものに○を付け、特記すべき事項を記載してください。 大発作： 無、 有 （頻度： 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） 発作型 （間欠型、 軽症持続型、 中等症持続型、 重症持続型1、 重症持続型2）								
診断の根拠となった主な検査等の結果 (数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 該当するものに○を付け、必要な場合（ ）に記載してください。 血液検査： I g E （ U/ml）、R A S T陽性抗原（ ） 末梢血好酸球（ /mm ³ ）、喀痰または鼻汁の好酸球（ -， +， ++， +++ ） 呼吸機能検査： F E V _{1.0} （ ml）、%F E V _{1.0} （ %）、%P E F（ %） 吸入によるF E V _{1.0} の改善率（ %） ^{注2} 気道過敏性： 未実施、 実施（過敏性： 無、 有 ） その他の検査： （ ）								
その他の現在の主な所見等： 合併症（ 無、 有 ）								
経過 （これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）								
該当するものに○を付け、必要な場合（ ）に記載してください。 ステップ1、 2、 3、 4 （または4 - 1、 4 - 2） (1) 長期入院例、 (2) ステロイド依存例（吸入性ステロイドを除く） (3) 1年以内に意識障害を伴う大発作あり、 (4) 気管支炎や肺炎を繰り返す 1か月間の治療点数（ ） (1つに○印： 治癒、 寛解、 軽快、 不変、 再発、 悪化、 死亡、 判定不能)								
今後の治療方針								
該当する治療法に○印： 薬物療法、 人工呼吸管理、 酸素療法、 気管切開管理、 挿管、 中心静脈栄養								
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで						
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで（月 回）						
上記の通り診断する。医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印								

注1) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。

注2) $(\text{ベータ刺激剤吸入後のFEV}_{1.0} - \text{吸入前のFEV}_{1.0}) / (\text{吸入前のFEV}_{1.0}) \times 100\%$