

|                                         |         |                                                                                                                                                                                      |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|-----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号                                    |         | 61                                                                                                                                                                                   |  | 慢性心疾患                                    |               | ( )                                         |  | 年度                   |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉       |  | 1/2           |  |
| 病名                                      |         | 72 大動脈弁上狭窄症                                                                                                                                                                          |  |                                          |               |                                             |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |               |  |
| 受給者番号                                   |         |                                                                                                                                                                                      |  | 受診日                                      |               | 年 月 日                                       |  |                      |  |                             |  |               |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                |         |                                                                                                                                                                                      |  |                                          |               | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)                                 |               | 体重<br>(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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 |         |                                                                                                                                                                                      |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 診断                                      |         | 診断時期：( 年 月 )                                                                                                                                                                         |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 症状                                      | 全身      | 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                          |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | チアノーゼ：[ なし ・ あり ] 経皮的酸素飽和度：( )%<br>NYHA心機能分類 (小学生以上の場合)：[ I ・ II ・ III ・ IV ]                                                                                                        |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 腎・泌尿器   | 腎機能低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 消化器     | 肝機能障害：[ なし ・ あり ] 肝硬変：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 精神・神経   | 痙攣：[ なし ・ あり ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]<br>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 ]          |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                      |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 症状                                      | 全身      | 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                          |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | チアノーゼ：[ なし ・ あり ] 経皮的酸素飽和度：( )%<br>NYHA心機能分類 (小学生以上の場合)：[ I ・ II ・ III ・ IV ]                                                                                                        |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 腎・泌尿器   | 腎機能低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 消化器     | 肝機能障害：[ なし ・ あり ] 肝硬変：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         | 精神・神経   | 痙攣：[ なし ・ あり ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]<br>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 ]          |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 |         |                                                                                                                                                                                      |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 生理機能検査                                  |         | 心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                                                                                   |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 心臓MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                                                              |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 心臓カテーテル検査                               |         | 心臓カテーテル検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                                                                               |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                      |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 血液検査                                    |         | BNP：直近：( )pg/mL ・ 未実施 NT-proBNP：直近：( )pg/mL ・ 未実施                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 生理機能検査                                  |         | 心電図検査：心室期外収縮 (単源性)：[ なし ・ あり ] 心室期外収縮 (多源性)：[ なし ・ あり ] 上室頻拍：[ なし ・ あり ]<br>接合部頻拍：[ なし ・ あり ] 心室頻拍：[ なし ・ あり ] Mobitz II型ブロック：[ なし ・ あり ]<br>完全房室ブロック：[ なし ・ あり ] 左脚ブロック：[ なし ・ あり ] |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 画像検査                                    |         | 単純X線検査 (胸部)：心胸郭比55%以上：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         |         | 肺動脈狭窄 (右室-肺動脈圧較差20mmHg以上)：[ なし ・ あり ] 圧較差：( )mmHg                                                                                                                                    |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |
|                                         |         | 大動脈狭窄 (左室-大動脈圧較差20mmHg以上)：[ なし ・ あり ] 圧較差：( )mmHg<br>大動脈縮窄 (圧較差20mmHg以上)：[ なし ・ あり ] 圧較差：( )mmHg                                                                                     |  |                                          |               |                                             |  |                      |  |                             |  |               |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

|                       |                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                       |       |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------------------|-----------------------|-------|
| 告示番号                  | 61                                                                                                                                                                                             | 慢性心疾患 | ( ) | 年度                 | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | 2/2   |
| 画像検査                  | 房室弁逆流（2度以上：三尖弁、僧帽弁、共通房室弁）：[ なし ・ あり ]      Sellers分類：[ II ・ III ・ IV ]                                                                                                                         |       |     |                    |                       |       |
|                       | 半月弁逆流（2度以上：肺動脈弁、大動脈弁）：[ なし ・ あり ]      Sellers分類：[ II ・ III ・ IV ]                                                                                                                             |       |     |                    |                       |       |
|                       | 肺高血圧症（収縮期血圧40mmHg以上または平均圧25mmHg以上）：[ なし ・ あり ]<br>推定肺動脈収縮期圧：( )mmHg      平均肺動脈圧：( )mmHg                                                                                                        |       |     |                    |                       |       |
|                       | 収縮機能障害（左室／体心室駆出率0.6以下）：[ なし ・ あり ]      左室駆出率：( )%                                                                                                                                             |       |     |                    |                       |       |
| 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                   | 血栓塞栓症：[ なし ・ あり ]      蛋白漏出性胃腸症（血清アルブミン値3g／dL未満）：[ なし ・ あり ]<br>合併症（その他）：( )                                                                                                                   |       |     |                    |                       |       |
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載     |                                                                                                                                                                                                |       |     |                    |                       |       |
| 薬物療法                  | 強心薬：[ なし ・ あり ]      利尿薬：[ なし ・ あり ]      抗不整脈薬：[ なし ・ あり ]      抗血小板薬：[ なし ・ あり ]<br>抗凝固薬：[ なし ・ あり ]      末梢血管拡張薬：[ なし ・ あり ]      β遮断薬：[ なし ・ あり ]      肺血管拡張薬：[ なし ・ あり ]<br>薬物療法（その他）：( ) |       |     |                    |                       |       |
| 呼吸管理                  | 酸素療法：[ なし ・ あり ]      人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                       |       |     |                    |                       |       |
| カテーテル治療               | カテーテル治療：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>術式：( )                                                                                                                                              |       |     |                    |                       |       |
| 手術                    | 心血管系手術の実施状況：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ・ 経過により必要 ]<br>二心室修復術不能またはフォンタン型手術不能例であるか：[ 手術不能例ではない ・ 手術不能例である ]                                                                                              |       |     |                    |                       |       |
|                       | 短絡手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>姑息術（その他）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]                                                                                                                                     |       |     |                    |                       |       |
|                       | 二心室修復術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      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 )<br>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                                                                                            |       |     |                    |                       |       |
|                       | 学校生活管理指導表の指導区分：[ A ・ B ・ C ・ D ・ E ]                                                                                                                                                           |       |     |                    |                       |       |
| 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                |                       | (印)   |
|                       |                                                                                                                                                                                                |       |     | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |                       |       |