

告示番号		91		慢性心疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		17 不整脈源性右室心筋症						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		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	活気低下: [ なし ・ あり ] 哺乳力低下: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 濃厚なケア、治療、観察の必要性: [ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	動悸: [ なし ・ あり ] 息切れ: [ なし ・ あり ] 胸痛: [ なし ・ あり ] 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 ]											
	筋・骨格	筋力低下: [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	失神: [ なし ・ あり ] 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 ・ 不明 ]											
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: [ 未実施 ・ 実施 ] 右室肥大: [ なし ・ あり ] 左室肥大: [ なし ・ あり ] 不整脈: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
画像検査		単純X線検査 (胸部): 心胸郭比: ( )%											
		超音波検査: 左室駆出率: ( )% 左室拡張末期径: ( )mm 心室中隔拡張末期厚: ( )mm 左室後壁拡張末期厚: ( )mm 左室N／C (肉柱層／緻密化層) 比: ( )											
心臓カテーテル検査		心臓カテーテル検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 左室拡張末期容積: ( )mL 左室収縮末期容積: ( )mL 左室駆出率: ( )% 左室拡張終期圧: ( )mmHg 右室拡張終期圧: ( )mmHg 肺動脈収縮期圧: ( )mmHg 平均肺動脈圧: ( )mmHg 肺動脈楔入圧: ( )mmHg 肺血管抵抗: ( )Unit/m <sup>2</sup> ・ Wood単位											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
家族歴		本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]											
既往歴		心筋炎: [ なし ・ あり ] 化学療法の既往: [ なし ・ あり ] 既往歴 (その他): ( )											
合併症		先天性心疾患: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		外表奇形: [ なし ・ あり ] 染色体異常: [ なし ・ あり ] 筋疾患: [ なし ・ あり ] 代謝疾患: [ なし ・ あり ] 血栓塞栓症: [ 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		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 ] 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 ] 薬物療法 (その他): ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	91	慢性心疾患 ( ) 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 ]											
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 ]											
	ペースメーカー植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]						実施日：(      年      月      日 )					
	除細動器植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]						実施日：(      年      月      日 )					
	心臓再同期療法（CRT）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]						実施日：(      年      月      日 )					
	補助人工心臓植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]						実施日：(      年      月      日 )					
	手術（その他）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式：(      )						実施日：(      年      月      日 )					
移植	心臓移植レシピエント登録：[ 未実施 ・ 実施 ]						実施日：(      年      月      日 )					
	心臓移植：[ 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											
	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 (      )						