

告示番号		83		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		85 肺動脈性肺高血圧症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 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 (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													
病型		病型 (肺動脈性肺高血圧症) : [ 特発性 ・ 家族性 ・ 二次性 ]											
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	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [ I ・ II ・ III ・ IV ]      チアノーゼ: [ なし ・ あり ] 経皮的酸素飽和度: ( ) %											
	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	失神: [ なし ・ あり ]      痙攣: [ なし ・ あり ]      麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 ]											
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	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [ I ・ II ・ III ・ IV ]      チアノーゼ: [ なし ・ あり ] 経皮的酸素飽和度: ( ) %      6分間歩行試験 (施行可能な場合): [ なし ・ あり ]											
	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 ] 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 (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													
画像検査		超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 心室中隔の扁平化: [ なし ・ あり ]      三尖弁逆流: [ なし ・ あり ]      推定三尖弁収縮期圧較差: ( ) mmHg											
心臓カテーテル検査		心臓カテーテル検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 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											
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											
画像検査		単純X線検査 (胸部): 実施日: ( 年 月 日 ) 心胸郭比: ( ) %											
		超音波検査: 実施日: ( 年 月 日 ) 心室中隔の扁平化: [ なし ・ あり ]      三尖弁逆流: [ なし ・ あり ] 推定三尖弁収縮期圧較差: ( ) mmHg      収縮機能障害 (左室／体心室駆出率60%以下): [ なし ・ あり ]      左室駆出率: ( ) %											

	心臓カテーテル検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )									
心臓カテーテル検査	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										
合併症	先天性心疾患：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
	血栓塞栓症：[ なし ・ あり ] 先天性門脈欠損：[ なし ・ あり ] 門脈体循環シャント：[ なし ・ あり ] 結合組織病：[ なし ・ あり ] 呼吸器疾患：[ 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	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 ] 薬物療法（その他）：( )									
	アンプリセンタン：[ なし ・ あり ] ボセンタン：[ なし ・ あり ] エンドセリン受容体拮抗薬（その他）：( )									
	シルデナフィル：[ なし ・ あり ] タダラフィル：[ なし ・ あり ] PDE <sub>5</sub> 阻害薬（その他）：( )									
	ベラプロスト：[ なし ・ あり ] エボプロステノール：[ なし ・ あり ] PGI <sub>2</sub> 阻害薬その他：( )									
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ] 治療開始日：( 年 月 日 )									
	持続陽圧呼吸：[ 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 ) 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 ] 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 ] 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 )									
移植	心肺同時移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日：( 年 月 日 )									
	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									
	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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )										