

告示番号		6		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		33 冠動脈狭窄症（川崎病によるものを除く。）								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		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 ]									
		精神・神経		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													
画像検査		右冠動脈：最大内径：( )mm		実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上)：[ なし ・ あり ]				閉塞：[ なし ・ あり ]					
		左冠動脈：最大内径：( )mm		実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上)：[ なし ・ あり ]				閉塞：[ なし ・ あり ]					
		僧帽弁逆流 (2度以上)：[ なし ・ あり ]		Sellers分類：[ II ・ III ・ IV ]									
		大動脈弁逆流 (2度以上)：[ なし ・ あり ]		Sellers分類：[ II ・ III ・ IV ]									
		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：( )%					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		冠動脈内血栓症：[ なし ・ あり ]						発症日：( 年 月 日 )					
		冠動脈以外の血栓塞栓症：[ なし ・ あり ]						発症日：( 年 月 日 )					
		心筋梗塞：[ なし ・ あり ]						発症日：( 年 月 日 )					
		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)：( )											
カテーテル治療		バルーン拡張術 (右冠動脈)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
		バルーン拡張術 (左冠動脈)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
		ロータブレード (右冠動脈)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
		ロータブレード (左冠動脈)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
		カテーテル治療 (その他、右冠動脈)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
		カテーテル治療 (その他、左冠動脈)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
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 ]											
		右冠動脈バイパス術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]				実施日：( 年 月 日 )							
		左冠動脈バイパス術：[ 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 ]						実施日：( 年 月 日 )					
		術式：( )											
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（					）						