

告示番号		5		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		32 川崎病性冠動脈瘤								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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] 閉塞後再疎通 (Segment stenosis)：[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] 閉塞後再疎通 (Segment stenosis)：[なし ・ あり]											
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		アスピリン：[なし ・ あり] ジピリダモール：[なし ・ あり] チクロピジン：[なし ・ あり] クロピドグレル：[なし ・ あり] 抗血小板薬 (その他)：()											
		ワルファリン：[なし ・ あり] 抗凝固薬 (その他)：()											
		アンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE)：[なし ・ あり] アンギオテンシン受容体阻害薬 (ARB)：[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)											
		ロータブレーター (右冠動脈)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) ロータブレーター (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	（ ）				