

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 (新規申請用)		1/3		
病名	17 不整脈源性右室心筋症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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	治療 ・ 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										
最終受診日	( 年 月 日 )									
診断の契機	診断時期: ( 年 月 )		症状: [ いいえ ・ はい ]			胎児診断: [ いいえ ・ はい ]				
	乳児検診: [ いいえ ・ はい ]		学校心臓検診: [ いいえ ・ はい ]			家族歴: [ いいえ ・ はい ]				
	その他: ( )									
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 ]									
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 (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										
血液検査	BNP: 診断時: ( )pg/mL ・ 未実施		NT-proBNP: 診断時: ( )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 ]		左室収縮末期容積: ( )mL		左室収縮末期容積: ( )mL		左室駆出率: ( )%			
	左室拡張末期容積: ( )mL		右室拡張末期容積: ( )mL		肺動脈収縮期圧: ( )mmHg					
	左室拡張末期圧: ( )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			

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 (新規申請用) **2/3**

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 左室中隔拡張末期厚:( )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):( )
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 ] 実施日:( 年 月 日 ) 術式:( )

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 ]

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 ( )
---------	--

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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日