

病名	18 心筋緻密化障害					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									
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]		
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			
心臓カテーテル検査	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 ² ・ 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		
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]
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		
心臓カテーテル検査	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 ² ・ 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]		
合併症	先天性心疾患:[なし ・ あり]				
	外表面形:[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]	
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)			
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 (_____)