

病名	18 心筋緻密化障害					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 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	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)・寝たがり・寝たきり・不明]								
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 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] 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]		

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 ()	