

告示番号		4		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)		1/2	
病名	19 拡張型心筋症					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 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()日		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] 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()