

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〈継続申請用〉	1/2
-------------	----------	------------------	-----------	------------------------------	------------

病名	19 拡張型心筋症					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						(変更があった場合)	ふりがな					
氏名							以前の登録氏名					
(Alphabet)							(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(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) ・ 寝たきり ・ 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					
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					
	心臓カテーテル検査:[未実施 ・ 実施]											
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]											
	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 ()