

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 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			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: [ 未実施 ・ 実施 ]			左室収縮末期容積: ( ) mL		左室駆出率: ( ) %			
	左室拡張末期容積: ( ) mL		左室拡張末期容積: ( ) mL		右室拡張末期容積: ( ) mmHg		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		
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	既往歴 (その他): ( )								
	先天性心疾患: [ なし ・ あり ]			染色体異常: [ なし ・ あり ]			筋疾患: [ なし ・ あり ]		
	外表面奇形: [ 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): ( )									

**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) 2/2**

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 (      )