

病名	<b>20 拘束型心筋症</b>										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		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 ] 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							
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 <sup>2</sup> ・ 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	左室収縮末期容積:( )mL	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	左室拡張終期圧:( )mmHg	平均肺動脈圧:( )mmHg	右室拡張終期圧:( )mmHg
	左室拡張末期厚:( )mm	左室N/C (肉柱層/緻密化層) 比:( )	肺動脈収縮期圧:( )mmHg	肺血管抵抗:( )Unit/m <sup>2</sup> ・ 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 ]		
	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 ]	

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 ]
呼吸管理	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):( )			
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 ]			
移植	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 )		
治療	心臓移植レシピエント登録:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )		
今後の治療方針	心臓移植:[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]	実施日:( 年 月 日 )		
	治療 (その他):( )			
	今後の治療方針:( )			
治療	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 ( \_\_\_\_\_ )