

告示番号	20	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	20 拘束型心筋症					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	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				
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				
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]										
	外表面奇形:[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 ()