

告示番号		94		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)		1/3	
病名	25 慢性心膜炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満	歳	か		月	日	
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	%			
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	治療 ・ 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													
最終受診日	(年 月 日)												
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								
	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]
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				

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)		通院頻度 ()回/月	
	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]						

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 ()					
---------	--	--	--	--	--	--

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
医療機関所在地			診断年月日	年	月	日
電話番号			診療科			
			医師名			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日