

告示番号		76		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)		1/2	
病名	28 乳児特発性僧帽弁腱索断裂					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	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	診断時期:()年()月()日								
	前駆症状:()								
	引き金となった疾患名(上気道炎、川崎病、その他):()								
	前駆症状出現からショック症状発症までの日数:()日								
診断の契機:心雑音:[なし・あり] ショック症状:[なし・あり]									
その他:()									
症状	全身	活気低下:[なし・あり]		哺乳力低下:[なし・あり]		全身蒼白:[なし・あり]			
	呼吸器・循環器	多呼吸:[なし・あり]		陥没呼吸:[なし・あり]		頻脈:[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	乏尿:[なし・あり]							
精神・神経	意識障害:[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]									
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]								
筋・骨格	筋力低下:[なし・あり]								
精神・神経	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	白血球数:()/μL		CRP:()mg/dL		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]		左室負荷:[なし・あり]		左房負荷:[なし・あり]		不整脈:[なし・あり]		
詳細:()									
画像検査	超音波検査:[未実施・実施]		左室駆出率:()%		左室拡張末期径:()mm				
僧帽弁閉鎖不全(I-IV度):[I・II・III・IV]									
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:()%		
					肺血管抵抗:()Unit/m ² ・Wood単位				
僧帽弁閉鎖不全(I-IV度):[I・II・III・IV]									
病理検査	病理組織(腱索及び僧帽弁):[未実施・実施]			細胞浸潤:[なし・単核球主体・多核球主体]			粘液様変成:[なし・あり]		

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ()/μL BNP: 直近: ()pg/mL ・ 未実施 CRP: ()mg/dL 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] 左室負荷: [なし ・ あり] 左房負荷: [なし ・ あり] 不整脈: [なし ・ あり] 詳細: ()
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 左室駆出率: ()% 左室拡張末期径: ()mm 僧帽弁閉鎖不全 (I-IV度): [I ・ II ・ III ・ IV]
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: ()% 肺血管抵抗: ()Unit/m ² ・ Wood単位 僧帽弁閉鎖不全 (I-IV度): [I ・ II ・ III ・ IV]
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
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] 薬物療法 (その他): ()
カテーテル治療	カテーテル治療 (アブレーション含む): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
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]
	人工腱索による修復: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	僧帽弁輪縫縮: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	人工弁置換: [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] 術式: ()
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 ()