

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 (継続申請用)		1/2		
病名	28 乳児特発性僧帽弁腱索断裂					受付種別	<input type="checkbox"/> 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 ]								
	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 (申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L			CRP: ( ) mg/dL						
	BNP: ( ) pg/mL ・ 未実施			NT-proBNP: ( ) 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 <sup>2</sup> ・ 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 ]		$\beta$ 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 ]					実施日: ( ) 年 月 日				
	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 ( )			