

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		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: () / μ 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^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]				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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()