

病名	32 川崎病性冠動脈瘤					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 肥満度	
	年	月	日	年	月	日	年	月	%	
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	濃厚なケア、治療、観察の必要性:[なし・あり]								
	呼吸器・ 循環器	NYHA心機能分類(小学生以上の場合):[I・II・III・IV]								
	精神・神経	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(申請時) ※直近の状況を記載										
画像検査	右冠動脈:最大内径:()mm 実測51%以上の狭窄(AHA分類75%狭窄以上):[なし・あり] 閉塞:[なし・あり] 閉塞後再疎通(Segment stenosis):[なし・あり]									
	左冠動脈:最大内径:()mm 実測51%以上の狭窄(AHA分類75%狭窄以上):[なし・あり] 閉塞:[なし・あり] 閉塞後再疎通(Segment stenosis):[なし・あり]									
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載										
合併症	冠動脈内血栓症:[なし・あり]		発症日:()年()月()日							
	冠動脈以外の血栓塞栓症:[なし・あり]		発症日:()年()月()日							
心筋梗塞:[なし・あり]		発症日:()年()月()日								
合併症(その他):()										
経過(申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	アスピリン:[なし・あり]		ジピリダモール:[なし・あり]		チクロピジン:[なし・あり]					
	クロピドグレル:[なし・あり]									
	抗血小板薬(その他):()									
カテーテル治療	ワルファリン:[なし・あり]									
	抗凝固薬(その他):()									
	アンギオテンシン変換酵素阻害薬(ACE):[なし・あり]		アンギオテンシン受容体阻害薬(ARB):[なし・あり]		薬物療法(その他):()					
手術	バルーン拡張術(右冠動脈):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
	バルーン拡張術(左冠動脈):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
	ロータブレーター(右冠動脈):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
	ロータブレーター(左冠動脈):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
手術	カテーテル治療(その他、右冠動脈):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
	カテーテル治療(その他、左冠動脈):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
	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]									
手術	右冠動脈バイパス術:[未実施・実施予定・実施済]		実施日:()年()月()日							
	左冠動脈バイパス術:[未実施・実施予定・実施済]		実施日:()年()月()日							
治療	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 ()			