

告示番号		6		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	33 冠動脈狭窄症 (川崎病によるものを除く。)					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		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									
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 ]							
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(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									
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 ]					
	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 ]					
	僧帽弁逆流(2度以上):[ なし・あり ]	Sellers分類:[ II・III・IV ]							
	大動脈弁逆流(2度以上):[ なし・あり ]	Sellers分類:[ II・III・IV ]							
収縮機能障害(左室/体心室駆出率60%以下):[ なし・あり ]		左室駆出率:( )%							
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 ]					
	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 ]					
	僧帽弁逆流(2度以上):[ なし・あり ]	Sellers分類:[ II・III・IV ]							
	大動脈弁逆流(2度以上):[ なし・あり ]	Sellers分類:[ II・III・IV ]							
収縮機能障害(左室/体心室駆出率60%以下):[ なし・あり ]		左室駆出率:( )%							
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	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):( )								

告示番号		6		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)		2/2		
カテーテル治療	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 ]									
	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 )			
治療	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 )			
	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 )
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 (						