

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 (継続申請用)		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()								
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()								
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日				
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	%	
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									
最終受診日	(年 月 日)								
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]					
	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): ()									
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)							
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)							
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]								
	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)							
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]									
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 ()								
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	
医療機関所在地					診断年月日	年	月	日	
電話番号					診療科				
					医師名				
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日