

告示番号		15		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)		1/3			
病名	34 狭心症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)								
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	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	治療 ・ 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															
最終受診日	(年 月 日)														
診断の契機	診断時期: (年 月)		症状: [いいえ ・ はい]			胎児診断: [いいえ ・ はい]			乳児検診: [いいえ ・ はい]			学校心臓検診: [いいえ ・ はい]		家族歴: [いいえ ・ はい]	
	その他: ()														
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]													
	腎・泌尿器	腎機能低下: [なし ・ あり]													
	消化器	肝機能障害: [なし ・ あり]													
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]													
	精神・神経	失神: [なし ・ あり] 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	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]													
	腎・泌尿器	腎機能低下: [なし ・ あり]													
	消化器	肝機能障害: [なし ・ あり]													
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]													
	精神・神経	失神: [なし ・ あり] 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															
血液検査	BNP: 診断時: ()pg/mL ・ 未実施		NT-proBNP: 診断時: ()pg/mL ・ 未実施												
生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施] 右室肥大: [なし ・ あり] 左室肥大: [なし ・ あり] 不整脈: [なし ・ あり] 詳細: ()														
画像検査	単純X線検査 (胸部): 心胸郭比: ()%														
	超音波検査: 左室駆出率: ()%			左室拡張末期径: ()mm			左室中隔拡張末期厚: ()mm			左室後壁拡張末期厚: ()mm			左室N/C (肉柱層/緻密化層) 比: ()		

告示番号 **15** 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) **2/3**

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 左室拡張終期圧：()mmHg 平均肺動脈圧：()mmHg	左室収縮末期容積：()mL 右室拡張終期圧：()mmHg 肺動脈楔入圧：()mmHg	左室駆出率：()% 肺動脈収縮期圧：()mmHg 肺血管抵抗：()Unit/m ² ・ Wood単位
-----------	---	---	--

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	BNP：診断時：()pg/mL ・ 未実施	NT-proBNP：診断時：()pg/mL ・ 未実施
------	------------------------	------------------------------

生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 右室肥大：[なし ・ あり] 詳細：()	左室肥大：[なし ・ あり]	不整脈：[なし ・ あり]
--------	--	------------------	-----------------

画像検査	単純X線検査 (胸部)：心胸郭比：()%	超音波検査：左室駆出率：()% 左室中隔拡張末期厚：()mm	左室拡張末期径：()mm 左室後壁拡張末期厚：()mm	左室N/C (肉柱層/緻密化層) 比：()
------	-----------------------	-------------------------------------	----------------------------------	------------------------

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 左室拡張終期圧：()mmHg 平均肺動脈圧：()mmHg	左室収縮末期容積：()mL 右室拡張終期圧：()mmHg 肺動脈楔入圧：()mmHg	左室駆出率：()% 肺動脈収縮期圧：()mmHg 肺血管抵抗：()Unit/m ² ・ Wood単位
-----------	---	---	--

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] 冠動脈以外の血栓塞栓症：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()	発症日：(年 月 日) 発症日：(年 月 日)
-----	---	--------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	強心薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()	利尿薬：[なし ・ あり] 末梢血管拡張薬：[なし ・ あり]	抗不整脈薬：[なし ・ あり] β遮断薬：[なし ・ あり]	抗血小板薬：[なし ・ あり] 肺血管拡張薬：[なし ・ あり]
------	---	--	---------------------------------------	---

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) 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]

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