

病名	34 狭心症					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										
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N/C (肉柱層/緻密化層) 比: ()				
心室中隔拡張末期厚: () mm			左室後壁拡張末期厚: () mm							

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) **2/2**

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]

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 ()		