

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〈継続申請用〉		1/2	
病名	34 狭心症							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				
	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 (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 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
血液検査	BNP: 直近: () pg/mL ・ 未実施 NT-proBNP: 直近: () 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 心室中隔拡張末期厚: () mm 左室後壁拡張末期厚: () mm 左室N/C (肉柱層 / 緻密化層) 比: ()												
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 左室収縮末期容積: () mL 左室駆出率: () % 左室拡張終期圧: () mmHg 右室拡張終期圧: () mmHg 肺動脈収縮期圧: () mmHg 平均肺動脈圧: () mmHg 肺動脈楔入圧: () 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] 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) 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	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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()