

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|---|-----------|-----------|---------------------|---|--|-----------|-----|-----------|
| 病名 | 35 心筋梗塞 | | | | | 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 | 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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()