

病名 59 部分肺静脈還流異常症		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)
	年 月 日	年 月 日	kg (SD) BMI 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	診断時期:(年 月)		
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	チアノーゼ:[なし・あり]	経皮的酸素飽和度:()% 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]	肝硬変:[なし・あり]
	精神・神経	痙攣:[なし・あり]	麻痺:[なし・あり・不明] 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	濃厚なケア、治療、観察の必要性:[なし・あり]	
	呼吸器・循環器	チアノーゼ:[なし・あり]	経皮的酸素飽和度:()% 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]	肝硬変:[なし・あり]
	精神・神経	痙攣:[なし・あり]	麻痺:[なし・あり・不明] 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			
生理機能検査	心電図検査:[未実施・実施]		
画像検査	超音波検査:[未実施・実施] 心臓MRI検査:[未実施・実施]		
心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査:[未実施・実施]		
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:心室期外収縮(単源性):[なし・あり] 心室期外収縮(多源性):[なし・あり] 上室頻拍:[なし・あり] 接合部頻拍:[なし・あり] 心室頻拍:[なし・あり] Mobitz II型ブロック:[なし・あり] 完全房室ブロック:[なし・あり] 左脚ブロック:[なし・あり]		
画像検査	単純X線検査(胸部):心胸郭比60%以上:[なし・あり]		
	肺動脈狭窄(右室-肺動脈圧較差20mmHg以上):[なし・あり]	圧較差:()mmHg	
	大動脈狭窄(左室-大動脈圧較差20mmHg以上):[なし・あり]	圧較差:()mmHg	
	大動脈縮窄(圧較差20mmHg以上):[なし・あり]	圧較差:()mmHg	

画像検査	房室弁逆流 (2度以上:三尖弁、僧帽弁、共通房室弁): [なし ・ あり]	Sellers分類: [II ・ III ・ IV]
	半月弁逆流 (2度以上:肺動脈弁、大動脈弁): [なし ・ あり]	Sellers分類: [II ・ III ・ IV]
	肺高血圧症 (収縮期血圧40mmHg以上または平均圧25mmHg以上): [なし ・ あり]	
	推定肺動脈収縮期圧: ()mmHg	平均肺動脈圧: ()mmHg
	収縮機能障害 (左室/体心室駆出率0.6以下): [なし ・ あり]	左室駆出率: ()%

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	血栓塞栓症: [なし ・ あり]	蛋白漏出性胃腸症 (血清アルブミン値3g/dL未満): [なし ・ あり]
	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): ()			

呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]	人工呼吸管理: [なし ・ あり]
------	-------------------	---------------------

カテーテル治療	カテーテル治療: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	術式: ()	

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]
	二心室修復術不能またはフォンタン型手術不能例であるか: [手術不能例ではない ・ 手術不能例である]
	短絡手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]

	姑息術 (その他): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	二心室修復術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	実施日: (年 月 日)

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 ()