

病名	<b>61 左室右房交通症</b>					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		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									
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 ]	
		完全房室ブロック: [ なし ・ あり ]		左脚ブロック: [ なし ・ あり ]		Mobitz II型ブロック: [ 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					

告示番号 **21** 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**

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 ( \_\_\_\_\_ )