

病名 63 肺動脈弁下狭窄症		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	
出生体重		g		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) 年 月 日		体重 (測定日) 年 月 日	
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	
現状評価		治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能		運動制限の必要性	
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	
肥満度		BMI		%	
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 (_____)