

病名	69 一側肺動脈欠損					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		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 **1** **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 ()