

|   |  |  |                           |   |   |   |                             |                    |  |
|---|--|--|---------------------------|---|---|---|-----------------------------|--------------------|--|
| 病名                                      | <b>70 大動脈縮窄症</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<br>氏名<br>(Alphabet)                |  |  |                           |   |   | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)  | cm ( SD)   |                           | 体重<br>(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 59 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 ( )