

告示番号	17 慢性心疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉						1/2					
病名	78 左肺動脈右肺動脈起始症					受付種別 <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )						
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(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(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 ]					
画像検査	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 ]						
	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						
	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 \_\_\_\_\_  
 小児慢性特定疾病 指定医番号 (          )