

<b>告示番号</b>	<b>83</b>	<b>慢性心疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	<b>85 肺動脈性肺高血圧症</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																	
病型	病型 (肺動脈性肺高血圧症): [ 特発性 ・ 家族性 ・ 二次性 ]																
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	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [ I ・ II ・ III ・ IV ]						チアノーゼ: [ なし ・ あり ]									
	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	失神: [ なし ・ あり ]			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	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [ I ・ II ・ III ・ IV ]						チアノーゼ: [ なし ・ あり ]									
	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																	
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )			心室中隔の扁平化: [ なし ・ あり ]			三尖弁逆流: [ なし ・ あり ]			推定三尖弁収縮期圧較差: ( )mmHg				
心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )			肺動脈収縮期圧: ( )mmHg			平均肺動脈圧: ( )mmHg			肺動脈楔入圧: ( )mmHg				
肺血管抵抗: ( )Unit/m <sup>2</sup> ・ Wood単位																	
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										
画像検査	単純X線検査 (胸部): 実施日: ( 年 月 日 )			心胸郭比: ( )%													
	超音波検査: 実施日: ( 年 月 日 )			心室中隔の扁平化: [ なし ・ あり ]			三尖弁逆流: [ なし ・ あり ]			推定三尖弁収縮期圧較差: ( )mmHg			収縮機能障害 (左室/体室駆出率60%以下): [ なし ・ あり ]			左室駆出率: ( )%	

告示番号 **83** 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**

心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 肺動脈収縮期圧: ( )mmHg 平均肺動脈圧: ( )mmHg 肺動脈楔入圧: ( )mmHg 肺血管抵抗: ( )Unit/m <sup>2</sup> ・ Wood単位
-----------	--

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	先天性心疾患: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	血栓塞栓症: [ なし ・ あり ]      先天性門脈欠損: [ なし ・ あり ]      門脈体循環シャント: [ なし ・ あり ] 結合組織病: [ なし ・ あり ]      呼吸器疾患: [ 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 ] 薬物療法 (その他): ( )
	アンプリセンタン: [ なし ・ あり ]      ボセンタン: [ なし ・ あり ] エンドセリン受容体拮抗薬 (その他): ( )
	シルデナフィル: [ なし ・ あり ]      タダラフィル: [ なし ・ あり ] PDE <sub>5</sub> 阻害薬 (その他): ( )
	ベラプロスト: [ なし ・ あり ]      エポプロステノール: [ なし ・ あり ] PGI <sub>2</sub> 阻害薬 (その他): ( )

呼吸管理	酸素療法: [ なし ・ あり ]      治療開始日: ( 年 月 日 ) 持続陽圧呼吸: [ 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 )

移植	心肺同時移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 肺移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]      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 ( )			