

病名	85 肺動脈性肺高血圧症					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	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	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]					
	経皮的酸素飽和度:()%		6分間歩行試験(施行可能な場合):[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(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差:()mmHg			収縮機能障害(左室/体心室駆出率60%以下):[なし・あり]					左室駆出率:()%			
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 ² ・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 ₃ 阻害薬(その他):()											
ペラプロスト:[なし・あり]					エポプロステノール:[なし・あり]						
PGI ₂ 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()