

告示番号	95	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	86 慢性肺性心					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	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]				
	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]							
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							
	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 ()