

告示番号		42		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)		1/2		
病名	94 大動脈弁閉鎖不全症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )							
	資格取得年月日		年	月	日									
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )							
生年月日	年		月	日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定							
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )											
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日						
発症時期	年		月	頃		記載時の年齢	満		歳		か月		日	
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	%				
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	治療 ・ 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														
最終受診日	( 年 月 日 )													
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														
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 (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 ]		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											

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 ]					
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 ( )				
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号	( )		

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日