

告示番号	74	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	97 多脾症候群					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										
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]
	抗凝固薬: [なし ・ あり]	末梢血管拡張薬: [なし ・ あり]
	抗不整脈薬: [なし ・ あり]	抗血小板薬: [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 ()	