

病名	98 フォンタン (Fontan) 術後症候群 (術前の疾病名:)			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-肺動脈比較差20mmHg以上): [なし ・ あり]		圧較差: ()mmHg					
	大動脈狭窄 (左室-大動脈比較差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]					

告示番号	90	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〉	2/2
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]		
	Glenn手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()		
	Fontan型手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()		
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 ()		