告示番号 15　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	34　狭心症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）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） 年　　月　　日	体重（測定日） kg（　　SD） 年　　月　　日	BMI		
			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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	活気低下：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり] 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	動悸：[なし ・ あり]　息切れ：[なし ・ あり]　胸痛：[なし ・ あり] 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]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	失神：[なし ・ あり] 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：[未実施 ・ 実施] 右室肥大：[なし ・ あり]　左室肥大：[なし ・ あり]　不整脈：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
画像検査	単純X線検査（胸部）：心胸郭比：（　　）%
	超音波検査：左室駆出率：（　　）%　左室拡張末期径：（　　）mm 心室中隔拡張末期厚：（　　）mm　左室後壁拡張末期厚：（　　）mm　左室N／C（肉柱層／緻密化層）比：（　　）
心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査：[未実施 ・ 実施] 左室拡張末期容積：（　　）mL　左室収縮末期容積：（　　）mL　左室駆出率：（　　）% 左室拡張終期圧：（　　）mmHg　右室拡張終期圧：（　　）mmHg　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/m² ・ Wood単位

その他の所見（申請時）※直近の状況を記載

合併症	冠動脈内血栓症：[なし ・ あり]　発症日：（　　年　　月　　日） 冠動脈以外の血栓塞栓症：[なし ・ あり]　発症日：（　　年　　月　　日） 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）：（　　）
カテーテル治療	バルーン拡張術（右冠動脈）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） バルーン拡張術（左冠動脈）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）
	ロータブレーター（右冠動脈）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） ロータブレーター（左冠動脈）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 15　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（その他、右冠動脈）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） カテーテル治療（その他、左冠動脈）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）
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]
	右冠動脈バイパス術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　年　月　日） 左冠動脈バイパス術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　年　月　日）
	手術（その他）：[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]
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