告示番号 65　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	81　大動脈瘤（バルサルバ（Valsalva）洞動脈瘤を除く。）	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	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]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

告示番号 65　**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]
	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