告示番号 76　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〉

病名	28 乳児特発性僧帽弁腱索断裂	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]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	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	白血球数：（　　）/μL　CRP：（　　）mg/dL BNP：（　　）pg/mL ・ 未実施　NT-proBNP：（　　）pg/mL ・ 未実施
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施]　左室負荷：[なし ・ あり]　左房負荷：[なし ・ あり]　不整脈：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]　左室駆出率：（　　）%　左室拡張末期径：（　　）mm 僧帽弁閉鎖不全（I–IV度）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ]
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：（　　）% 肺血管抵抗：（　　）Unit/m²・Wood単位　僧帽弁閉鎖不全（I–IV度）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ]

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）

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] 薬物療法（その他）：（　　）
カテーテル治療	カテーテル治療（アブレーション含む）：[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]
	人工腱索による修復：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　　年　　月　　日）
	僧帽弁輪縫縮：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　　年　　月　　日）
	人工弁置換：[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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 76　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

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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

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