

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--|--|--|---------------|---|-------------|----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 40 | | 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 | | 90 僧帽弁閉鎖不全症 | | | | | | 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 | | 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55%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 | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| 告示番号 | | 40 | | 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〉 | | 2/2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|------------------|-------|-------|---|----------|------|-------------|------------------------------|-----------------------|-----|-----------|-------|-----------|----|---|---------|----------|----|---|-----|-----|------|---|---------|---------|----|---|------|---|----|---|--------|--|----|--|---|--|----|--|----------|--|----|--|---|--|----|--|---|--|
| 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) | | 通院頻度 | | (| | | |)回／月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 治療見込み期間 (外来) | | 開始日：(| | | | 年 | | 月 | | 日) | | 終了日：(| | | | 年 | | 月 | | 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | (印) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 (| | | | | | | | | | | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |