

告示番号		97		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		43 両大血管右室起始症(タウジッヒ・ビング(Taussig-Bing) 奇形を除く。)								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規											
受給者番号				受診日		年		月		日													
ふりがな						(変更があった場合)																	
氏名						ふりがな																	
(Alphabet)						(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		肥満度				%			
				年		月				日		年										月	
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	97	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] 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]					
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]					
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 （ ）				