

告示番号		5		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		32 川崎病性冠動脈瘤						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													
病型		病型 (川崎病初発時) : [定型例 ・ 不全型川崎病]											
診断		診断日 : (年 月 日) 身長 (初発時) : ()cm 体重 (初発時) : ()kg 再発の有無 : [なし ・ あり]											
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	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合) : [I ・ II ・ III ・ IV]											
	精神・神経	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	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合) : [I ・ II ・ III ・ IV]											
	精神・神経	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													
画像検査		右冠動脈 : 最大内径 : ()mm		実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上) : [なし ・ あり]		閉塞 : [なし ・ あり]							
		左冠動脈 : 最大内径 : ()mm		実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上) : [なし ・ あり]		閉塞 : [なし ・ あり]							
		僧帽弁逆流 (2度以上) : [なし ・ あり]		Sellers分類 : [II ・ III ・ IV]									
		大動脈弁逆流 (2度以上) : [なし ・ あり]		Sellers分類 : [II ・ III ・ IV]									
		収縮機能障害 (左室／体心室駆出率60%以下) : [なし ・ あり] 左室駆出率 : ()%											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査		右冠動脈 : 最大内径 : ()mm		実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上) : [なし ・ あり]		閉塞 : [なし ・ あり]							
		閉塞後再疎通 (Segment stenosis) : [なし ・ あり]											
		左冠動脈 : 最大内径 : ()mm		実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上) : [なし ・ あり]		閉塞 : [なし ・ あり]							
		閉塞後再疎通 (Segment stenosis) : [なし ・ あり]											
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)									
		心筋梗塞 : [なし ・ あり]		発症日 : (年 月 日)									
		合併症 (その他) : ()											
経過 (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													
急性期治療		初期治療 (一次治療) : [なし ・ あり]		免疫グロブリン : [なし ・ あり]		ステロイド : [なし ・ あり]							
		追加治療 (二次治療) : [なし ・ あり]		免疫グロブリン : [なし ・ あり]		ステロイド : [なし ・ あり]							
		インフリキシマブ : [なし ・ あり]		ウリナスタチン : [なし ・ あり]		シクロスポリンA : [なし ・ あり]							
		血漿交換 : [なし ・ あり]											
		その他 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	アスピリン：[なし ・ あり] ジピリダモール：[なし ・ あり] チクロピジン：[なし ・ あり] クロピドグレル：[なし ・ あり] 抗血小板薬（その他）：()						
	ワルファリン：[なし ・ あり] 抗凝固薬（その他）：()						
	アンギオテンシン変換酵素阻害薬（ACE）：[なし ・ あり] アンギオテンシン受容体阻害薬（ARB）：[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)						
	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]						
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名 医療機関住所				記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）			
				(印)			