

告示番号		6		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		33 冠動脈狭窄症（川崎病によるものを除く。）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな 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		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																					
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]													
		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：()%																			
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 (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)：()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	6	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
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		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 ()				