

|   |             |   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|---|-------------|---|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|---|
| 告示番号                                    |             | 45  |  | 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                                      |             | 22 心内膜線維弾性症   |  |  |               |   |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |               |   |
| 受給者番号                                   |             |   |  | 受診日                                      |               | 年 月 日   |  |                      |  |                             |  |               |   |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                |             |   |  |  |               | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                            |             | 身長<br>(測定日)   |  | cm ( SD)                                 |               | 体重<br>(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 |             |   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
| 診断の契機                                   |             | 診断時期：( 年 月 ) 症状：[ いいえ ・ はい ] 胎児診断：[ いいえ ・ はい ]<br>乳児検診：[ いいえ ・ はい ] 学校心臓検診：[ いいえ ・ はい ] 家族歴：[ いいえ ・ はい ]<br>その他：( )                                     |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
| 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 ]<br>濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   | 呼吸器・<br>循環器 | 動悸：[ なし ・ あり ] 息切れ：[ なし ・ あり ] 胸痛：[ なし ・ あり ]<br>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 ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   | 筋・骨格        | 筋力低下：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   | 精神・神経       | 失神：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]<br>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          | 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 ]<br>濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   | 呼吸器・<br>循環器 | 動悸：[ なし ・ あり ] 息切れ：[ なし ・ あり ] 胸痛：[ なし ・ あり ]<br>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 ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   | 筋・骨格        | 筋力低下：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   | 精神・神経       | 失神：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]<br>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 |             |   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
| 血液検査                                    |             | BNP：診断時：( )pg/mL ・ 未実施 NT-proBNP：診断時：( )pg/mL ・ 未実施   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
| 生理機能検査                                  |             | 心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右室肥大：[ なし ・ あり ] 左室肥大：[ なし ・ あり ] 不整脈：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )  |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
| 画像検査                                    |             | 単純X線検査 (胸部)：心胸郭比：( )%   |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |
|   |             | 超音波検査：左室駆出率：( )%<br>左室後壁拡張末期厚：( )mm   |  | 左室拡張末期径：( )mm<br>左室N／C (肉柱層／緻密化層) 比：( )  |               | 心室中隔拡張末期厚：( )mm<br>肺動脈収縮期圧：( )mmHg<br>肺血管抵抗：( )Unit/m² ・ Wood単位 |  |                      |  |                             |  |               |   |
| 心臓カテーテル検査                               |             | 心臓カテーテル検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>左室拡張末期容積：( )mL 左室収縮末期容積：( )mL 左室駆出率：( )%<br>左室拡張終期圧：( )mmHg 右室拡張終期圧：( )mmHg 肺動脈収縮期圧：( )mmHg<br>平均肺動脈圧：( )mmHg 肺動脈楔入圧：( )mmHg  |  |  |               |   |  |                      |  |                             |  |               |   |

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

|                       |  |  |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|-----------------------|--|--|--|-------|--|-----------------------------|--|---------------------------|--|-----------------------|--|-----|--|-----|--|
| 告示番号                  |  | 45   |  | 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 |  |     |  |
| 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：[ 未実施 ・ 実施 ]                         |  |       |  | 右室肥大：[ なし ・ あり ]            |  | 左室肥大：[ なし ・ あり ]          |  | 不整脈：[ なし ・ あり ]       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 詳細：( )                                     |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 画像検査                  |  | 単純X線検査（胸部）：心胸郭比：( )%                       |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 超音波検査：左室駆出率：( )%                           |  |       |  | 左室拡張末期径：( )mm               |  | 心室中隔拡張末期厚：( )mm           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 左室後壁拡張末期厚：( )mm                            |  |       |  | 左室N／C（肉柱層／緻密化層）比：( )        |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 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：( )%                |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 左室拡張終期圧：( )mmHg                            |  |       |  | 右室拡張終期圧：( )mmHg             |  | 肺動脈収縮期圧：( )mmHg           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 平均肺動脈圧：( )mmHg                             |  |       |  | 肺動脈楔入圧：( )mmHg              |  | 肺血管抵抗：( )Unit/m² ・ Wood単位 |  |                       |  |     |  |     |  |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載 |  |  |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 家族歴                   |  | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                   |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 既往歴                   |  | 心筋炎：[ なし ・ あり ]                            |  |       |  | 化学療法の既往：[ なし ・ あり ]         |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 既往歴（その他）：( )                               |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 合併症                   |  | 先天性心疾患：[ なし ・ あり ]                         |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 詳細：( )                                     |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 外表奇形：[ なし ・ あり ]                           |  |       |  | 染色体異常：[ なし ・ あり ]           |  |                           |  | 筋疾患：[ なし ・ あり ]       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 代謝疾患：[ なし ・ あり ]                           |  |       |  | 血栓塞栓症：[ 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 ]          |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 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 ] |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | ペースメーカー植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]             |  |       |  | 実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日       |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 除細動器植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]                |  |       |  | 実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日       |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 心臓再同期療法（CRT）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]          |  |       |  | 実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日       |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 補助人工心臓植込：[ 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：( )                                     |  |       |  |                             |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
| 移植                    |  | 心臓移植レシピエント登録：[ 未実施 ・ 実施 ]                  |  |       |  | 実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日       |  |                           |  |                       |  |     |  |     |  |
|                       |  | 心臓移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]                   |  |       |  | 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              |  | ( )                       |  |                       |  |     |  |     |  |