

告示番号		4		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		19 拡張型心筋症								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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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] 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] 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] 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	動悸：[なし ・ あり] 息切れ：[なし ・ あり] 胸痛：[なし ・ あり] 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] 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	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] 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	動悸：[なし ・ あり] 息切れ：[なし ・ あり] 胸痛：[なし ・ あり] 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] 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																					
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] 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																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	4	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 ()				