

告示番号		10		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		29 左冠動脈肺動脈起始症							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			
				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		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	10	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]
	抗凝固薬：[なし ・ あり]					末梢血管拡張薬：[なし ・ あり]
	薬物療法（その他）：()					抗不整脈薬：[なし ・ あり]
						抗血小板薬：[なし ・ あり]
						β遮断薬：[なし ・ あり]
						肺血管拡張薬：[なし ・ あり]
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)
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E]					通院頻度 ()回／月
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 ()						