

告示番号		16		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		35 心筋梗塞						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：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	16	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	
心臓カテテル検査	心臓カテテル検査：[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/m ² ・ Wood単位												
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
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：（ ）												
心臓カテテル検査	心臓カテテル検査：[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/m ² ・ Wood単位												
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 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）：（ ）												
カテテル治療	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												
	カテテル治療（その他、右冠動脈）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 カテテル治療（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 （ ）													