

|                          |  |  |  |   |                           |   |  |                      |  |  |               |         |  |
|--------------------------|--|--|--|---|---------------------------|---|--|----------------------|--|--|---------------|---------|--|
| 告示番号                     |  | 53   |  | 慢性心疾患   |                           | ( )   |  | 年度                   |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉  |               | 1/2     |  |
| 病名                       |  | 27 先天性心膜欠損症  |  |   |                           |   |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |               |         |  |
| 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 (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：( )%<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 ] 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 ]<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 (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 ]<br>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 ]<br>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60%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<br>大動脈縮窄 (圧較差20mmHg以上)：[ なし ・ あり ] 圧較差：( )mmHg   |  |   |                           |   |  |                      |  |  |               |         |  |
|                          |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]  |  |   |                           |   |  |                      |  |  |               |         |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

| 告示番号        | 53  | 慢性心疾患            | ( | 年度  | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 | 2/2 |
|-------------|---|------------------|---|-----|-----------------------|-----|
| 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 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 ( |   | )   |                       |     |