

## 212 三尖弁閉鎖症

## ■ 基本情報

<b>氏名</b>			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
<b>住所</b>			
郵便番号	住所		
<b>生年月日等</b>			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
<b>家族歴</b>			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他( )		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
<b>発病時の状況</b>			
発症年月	西暦 年 月		
<b>社会保障</b>			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
<b>生活状況</b>			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いくらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		

## ■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--	--

## A. 主要所見

①右房右室間の閉鎖(多くは筋性閉鎖)	1.該当 2.非該当 3.不明
②心房中隔と心室中隔の不整合(malalignment)	1.該当 2.非該当 3.不明
③心房間交通(右房から左房への短絡)	1.該当 2.非該当 3.不明
④心室中隔欠損	1.該当 2.非該当 3.不明

## B. 検査方法(該当する項目に□を記入する)

□心臓超音波検査	□心臓カテーテル検査	□心臓MRI	□心臓CT
----------	------------	--------	-------

## &lt;診断のカテゴリー&gt;

心臓超音波検査、心臓カテーテル検査、心臓MRIまたはCTのいずれかにおいて、A.主要所見①を認める	1.該当 2.非該当 3.不明
---	-----------------

## ■ 合併症 (該当する項目に□を記入する)

Fontan 型手術到達	1.あり 2.なし 3.不明
Fontan 型手術到達例の術後合併症 □心不全 □心房性不整脈 □低酸素血症 □血栓症 □蛋白漏出性胃腸症	1.あり 2.なし 3.不明
Keith & Edwards 分類	1.あり 2.なし 3.不明
大動脈縮窄症合併	1.あり 2.なし 3.不明
奇形症候群合併	1.あり 2.なし 3.不明

## ■ 治療その他

在宅酸素療法 経皮酸素飽和度値 (酸素投与なし) _____ %	1.実施 2.未実施 3.不明
-------------------------------------	-----------------

## ■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に□を記入する)

### NYHA 分類

□ I 度	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生じない。
□ II 度	軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作（例えば、階段上昇、坂道歩行など）で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生ずる。
□ III 度	高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作（例えば、平地歩行など）で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生ずる。
□ IV 度	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛（胸痛）が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する。

## ■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	1.あり
開始時期	西暦 年 月

## ■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	1.あり			
開始時期	西暦 年 月		離脱の見込み	1.あり 2.なし
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 4.現在は未施行			
生活状況	食事 整容 入浴 階段昇降 排便コントロール	□自立 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助/不可能 □自立 □部分介助/不可能 □自立 □部分介助 □不能 □自立 □部分介助 □全介助	車椅子とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助 □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助

医療機関名

指定医番号

医療機関所在地

電話番号 ( )

医師の氏名

印 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。  
(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成27年5月13日健発0513第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。