

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
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)	
家族歴			
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:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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. 検査所見

心エコー所見	
①右房が解剖学的左室-肺動脈へとつながる	1.該当 2.非該当 3.不明
②左房が解剖学的右室-大動脈へつながる	1.該当 2.非該当 3.不明
③大動脈は肺動脈の左前方にあり、大動脈と肺動脈は並行している	1.該当 2.非該当 3.不明
④内臓と心房が正位では、大血管の短軸断面で大動脈弁-肺動脈弁の位置関係は左前-右後になる	1.該当 2.非該当 3.不明
心臓カテーテル・造影所見	
右心房から挿入した心室造影では、解剖学的左室構造を認め、この心室から肺動脈が後上方へ起始する	1.該当 2.非該当 3.不明
前方に位置する大動脈から挿入した心室造影では、解剖学的右室構造を認める	1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリー>

修正大血管転位症の診断：心エコー所見、心臓カテーテル・造影所見で以上の所見を認める	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）

合併症	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 心室中隔欠損 <input type="checkbox"/> 肺動脈狭窄 <input type="checkbox"/> 肺動脈閉鎖 <input type="checkbox"/> 三尖弁閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 房室ブロック（ <input type="checkbox"/> Ⅰ度 <input type="checkbox"/> Ⅱ度 <input type="checkbox"/> Ⅲ度） <input type="checkbox"/> 心拡大	

■ 治療その他

ペースメーカー植え込み	1.実施 2.未実施 3.不明
三尖弁置換	1.実施 2.未実施 3.不明
在宅酸素療法	1.実施 2.未実施 3.不明
経皮酸素飽和度値（酸素投与なし） _____%	

■ 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

<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 階段昇降 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	車椅子とベッド間の移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 着替え <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排尿コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 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です。）
- ・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。