

告示番号	88	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	16 肥大型心筋症				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()							
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()							
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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		年 月 日	肥満度	%	
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	治療 ・ 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								
最終受診日	(年 月 日)							
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: [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: ()							
心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査: [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								
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]							
既往歴	心筋炎: [なし ・ あり] 化学療法の既往: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()							
合併症	先天性心疾患: [なし ・ あり] 詳細: ()							
	外表奇形: [なし ・ あり]		染色体異常: [なし ・ あり]		筋疾患: [なし ・ あり]			
代謝疾患: [なし ・ あり]		血栓塞栓症: [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): ()							

告示番号 88 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	
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]
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]
	ペースメーカー植込：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
	除細動器植込：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
	心臓再同期療法(CRT)：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
	補助人工心臓植込：[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：()
移植	心臓移植レシピエント登録：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	心臓移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 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) 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]
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 ()
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日