

告示番号 76		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	28 乳児特発性僧帽弁腱索断裂			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 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 (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						
最終受診日	(年 月 日)					
診断	診断時期: (年 月)					
	前駆症状: ()					
	引き金となった疾患名 (上気道炎、川崎病、その他): ()					
	前駆症状出現からショック症状発症までの日数: ()日					
診断の契機: 心雑音: [なし ・ あり] ショック症状: [なし ・ あり]						
その他: ()						
症状	全身	活気低下: [なし ・ あり]		哺乳力低下: [なし ・ あり]	全身蒼白: [なし ・ あり]	
	呼吸器・循環器	多呼吸: [なし ・ あり]		陥没呼吸: [なし ・ あり]	頻脈: [なし ・ あり]	
	腎・泌尿器	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [I ・ II ・ III ・ IV]				
	精神・神経	意識障害: [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]				
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]	
	呼吸器・循環器	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]		
	筋・骨格	動悸: [なし ・ あり] 息切れ: [なし ・ あり] 胸痛: [なし ・ あり]				
	精神・神経	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [I ・ II ・ III ・ IV]				
筋力低下: [なし ・ あり]						
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	白血球数: () / μ L		CRP: () mg/dL			
	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]		左室負荷: [なし ・ あり]	左房負荷: [なし ・ あり]	不整脈: [なし ・ あり]	
	詳細: ()					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		左室駆出率: () %	左室拡張末期径: () mm		
	僧帽弁閉鎖不全 (I-IV度): [I ・ II ・ III ・ IV]					
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: () %	
	肺血管抵抗: () Unit/m ² ・ Wood単位		僧帽弁閉鎖不全 (I-IV度): [I ・ II ・ III ・ IV]			
病理検査	病理組織 (腱索及び僧帽弁): [未実施 ・ 実施]		細胞浸潤: [なし ・ 単核球主体 ・ 多核球主体]	粘液様変成: [なし ・ あり]		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	白血球数: () / μ L		CRP: () mg/dL			
	BNP: 直近: () pg/mL ・ 未実施		NT-proBNP: 直近: () pg/mL ・ 未実施			

告示番号 **76** 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**

生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施] 詳細: ()	左室負荷: [なし ・ あり]	左房負荷: [なし ・ あり]	不整脈: [なし ・ あり]
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 僧帽弁閉鎖不全 (I-IV度): [I ・ II ・ III ・ IV]	左室駆出率: ()%	左室拡張末期径: ()mm	
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 肺血管抵抗: ()Unit/m ² ・ Wood単位	左室収縮末期容積: ()mL	左室駆出率: ()%	僧帽弁閉鎖不全 (I-IV度): [I ・ II ・ III ・ IV]
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()			
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] 薬物療法 (その他): ()			
カテーテル治療	カテーテル治療 (アブレーション含む): [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]			
	人工腱索による修復: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: () 年 () 月 () 日			
	僧帽弁輪縫縮: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: () 年 () 月 () 日			
	人工弁置換: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: () 年 () 月 () 日			
治療	手術 (その他): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 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]			
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月
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