

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 (継続申請用)		1/2		
病名	28 乳児特発性僧帽弁腱索断裂			受付種別	<input type="checkbox"/> 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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
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]				
筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]					
精神・神経	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	白血球数: () / μ L		CRP: () mg/dL			
	BNP: () pg/mL ・ 未実施		NT-proBNP: () 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]			
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)			
	手術 (その他): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日: (年 月 日)			
	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
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