

告示番号		5		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	32 川崎病性冠動脈瘤							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)			BMI				
		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 (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)												
病型	病型 (川崎病初発時): [定型例 ・ 不全型川崎病]												
診断	診断日: (年 月 日) 身長 (初発時): ()cm 体重 (初発時): ()kg 再発の有無: [なし ・ あり]												
症状	全身	濃厚なケア、治療、観察の必要性: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [I ・ II ・ III ・ IV]											
	精神・神経	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) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	濃厚なケア、治療、観察の必要性: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	NYHA心機能分類 (小学生以上の場合): [I ・ II ・ III ・ IV]											
	精神・神経	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													
画像検査	右冠動脈: 最大内径: ()mm	実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上): [なし ・ あり]		閉塞: [なし ・ あり]									
	左冠動脈: 最大内径: ()mm	実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上): [なし ・ あり]		閉塞: [なし ・ あり]									
	僧帽弁逆流 (2度以上): [なし ・ あり]	Sellers分類: [II ・ III ・ IV]											
	大動脈弁逆流 (2度以上): [なし ・ あり]	Sellers分類: [II ・ III ・ IV]											
	収縮機能障害 (左室/体心室駆出率60%以下): [なし ・ あり]		左室駆出率: ()%										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査	右冠動脈: 最大内径: ()mm	実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上): [なし ・ あり]		閉塞: [なし ・ あり]									
	閉塞後再疎通 (Segment stenosis): [なし ・ あり]												
	左冠動脈: 最大内径: ()mm	実測51%以上の狭窄 (AHA分類75%狭窄以上): [なし ・ あり]		閉塞: [なし ・ あり]									
	閉塞後再疎通 (Segment stenosis): [なし ・ あり]												
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症	冠動脈内血栓症: [なし ・ あり]		発症日: (年 月 日)										
	冠動脈以外の血栓塞栓症: [なし ・ あり]		発症日: (年 月 日)										
	心筋梗塞: [なし ・ あり]		発症日: (年 月 日)										
	合併症 (その他): ()												
経過 (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													
急性期治療	初期治療 (一次治療): [なし ・ あり]		免疫グロブリン: [なし ・ あり]		ステロイド: [なし ・ あり]								
	追加治療 (二次治療): [なし ・ あり]		免疫グロブリン: [なし ・ あり]		ステロイド: [なし ・ あり]								
	インフリキシマブ: [なし ・ あり]		ウリナスタチン: [なし ・ あり]		シクロスポリンA: [なし ・ あり]								
	血漿交換: [なし ・ あり]												
	その他: ()												

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	アスピリン:[なし ・ あり] ジピリダモール:[なし ・ あり] チクロピジン:[なし ・ あり] クロピドグレル:[なし ・ あり] 抗血小板薬 (その他) ()
	ワルファリン:[なし ・ あり] 抗凝固薬 (その他):()
	アンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE):[なし ・ あり] アンギオテンシン受容体阻害薬 (ARB):[なし ・ あり] 薬物療法 (その他):()
カテーテル治療	パルーン拡張術 (右冠動脈):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) パルーン拡張術 (左冠動脈):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)
	ロータブレーター (右冠動脈):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) ロータブレーター (左冠動脈):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)
	カテーテル治療 (その他、右冠動脈):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) カテーテル治療 (その他、左冠動脈):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)
	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]
	右冠動脈バイパス術:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 左冠動脈バイパス術:[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) 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