

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 (継続申請用)		1/2	
病名	32 川崎病性冠動脈瘤							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	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	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 (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 (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	バルーン拡張術 (右冠動脈): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
	バルーン拡張術 (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)										
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]												
	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
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