

病名		32 川崎病性冠動脈瘤										受付種別		☐ 継続 ☐ 転入		転出実施主体名 → ()					
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 (ー) 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 ） 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	（ ）				

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