

告示番号 **15** 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	<b>34 狭心症</b>			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 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		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	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 ]					
	腎・泌尿器	腎機能低下: [ なし ・ あり ]					
	消化器	肝機能障害: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	筋力低下: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	失神: [ 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 ] 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	BNP: 直近: ( )pg/mL ・ 未実施 NT-proBNP: 直近: ( )pg/mL ・ 未実施						
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 右室肥大: [ なし ・ あり ] 左室肥大: [ なし ・ あり ] 不整脈: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
画像検査	単純X線検査 (胸部): 心胸郭比: ( )%						
	超音波検査: 左室駆出率: ( )% 左室拡張末期径: ( )mm 心室中隔拡張末期厚: ( )mm 左室後壁拡張末期厚: ( )mm 左室N/C (肉柱層/緻密化層) 比: ( )						
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: ( )% 左室拡張終期圧: ( )mmHg 右室拡張終期圧: ( )mmHg 肺動脈収縮期圧: ( )mmHg 平均肺動脈圧: ( )mmHg 肺動脈楔入圧: ( )mmHg 肺血管抵抗: ( )Unit/m <sup>2</sup> ・ Wood単位						
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 ) 合併症 (その他): ( )						
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 ] 肺血管拡張薬: [ 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 )			
カテーテル治療	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	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 ( )

・ 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