

告示番号 59		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	70 大動脈縮窄症			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 (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	チアノーゼ: [なし ・ あり]		経皮的酸素飽和度: ()%		
		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]		肝硬変: [なし ・ あり]		
精神・神経	痙攣: [なし ・ あり]		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]			
	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: 心室期外収縮 (単源性): [なし ・ あり]		心室期外収縮 (多源性): [なし ・ あり]		上室頻拍: [なし ・ あり]	
	接合部頻拍: [なし ・ あり]		心室頻拍: [なし ・ あり]		Mobitz II型ブロック: [なし ・ あり]	
	完全房室ブロック: [なし ・ あり]		左脚ブロック: [なし ・ あり]			
画像検査	単純X線検査 (胸部): 心胸郭比60%以上: [なし ・ あり]					
	肺動脈狭窄 (右室-肺動脈圧較差20mmHg以上): [なし ・ あり]		圧較差: ()mmHg			
	大動脈狭窄 (左室-大動脈圧較差20mmHg以上): [なし ・ あり]		圧較差: ()mmHg			
	大動脈縮窄 (圧較差20mmHg以上): [なし ・ あり]		圧較差: ()mmHg			
	房室弁逆流 (2度以上: 三尖弁、僧帽弁、共通房室弁): [なし ・ あり]					
	半月弁逆流 (2度以上: 肺動脈弁、大動脈弁): [なし ・ あり]					
	Sellers分類: [II ・ III ・ IV]					
肺高血圧症 (収縮期血圧40mmHg以上または平均圧25mmHg以上): [なし ・ あり]						
推定肺動脈収縮期圧: ()mmHg		平均肺動脈圧: ()mmHg				
収縮機能障害 (左室/体心室駆出率0.6以下): [なし ・ あり]			左室駆出率: ()%			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	血栓塞栓症: [なし ・ あり]		蛋白漏出性胃腸症 (血清アルブミン値3g/dL未満): [なし ・ あり]			
	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]	
	抗凝固薬: [なし ・ あり]		末梢血管拡張薬: [なし ・ あり]		抗血小板薬: [なし ・ あり]	
	薬物療法 (その他): ()		β遮断薬: [なし ・ あり]		肺血管拡張薬: [なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]		人工呼吸管理: [なし ・ あり]			

カテーテル治療	カテーテル治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 術式：()
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] 二心室修復術不能またはフォンタン型手術不能例であるか：[手術不能例ではない ・ 手術不能例である]
	短絡手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 姑息術（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	二心室修復術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
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