

告示番号 69		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	83 冠動脈瘻			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		年 月 日	BMI 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 (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 ] Sellers分類: [ II ・ III ・ IV ]					
	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): ( )					
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