

告示番号		90		慢性心疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3		
病名	98 フォンタン (Fontan) 術後症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
術前の疾病名	()				最終受診日	(年 月 日)				
診断	診断時期: (年 月)									
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]		
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施]									
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		心臓MRI検査: [未実施 ・ 実施]							
心臓カテーテル検査	心臓カテーテル検査: [未実施 ・ 実施]									
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]			
	完全房室ブロック: [なし ・ あり]		左脚ブロック: [なし ・ あり]		Mobitz II型ブロック: [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							

告示番号	90	慢性心疾患 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
画像検査	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]				
Glenn手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日: (年 月 日)			
術式: ()					
Fontan型手術: [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