告示番号 69　**慢性心疾患　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書**　1/2

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　年　月　日（満　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　週
現在の身長※2	.　cm	現在の体重※2	.　kg	母の生年月日	昭和 平成　年　月　日
発病	年　月 頃	初診日	年　月　日		
大分類病名	59 動静脈瘻	細分類病名	82 冠動脈瘻		
副病名1		副病名2			

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1.臨床所見

現在の症状

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

チアノーゼ　（ なし ・ あり ）　濃厚なケア、治療、観察の必要性　（ なし ・ あり ）

NYHA分類※　（ Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ）

※小学生以上の場合に記載

現在の治療　（ なし ・ 強心薬 ・ 利尿薬 ・ 抗不整脈薬 ・ 抗血小板薬 ・ 抗凝固薬 ・ 末梢血管拡張薬 ・ 肺血管拡張薬 ・ βブロッカー ・ 人工呼吸管理 ・ 酸素療法 ・ その他（　　））

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

新規の場合は診断の根拠となった検査結果を記載。継続の場合は最新の検査結果を記載

検査年月日　（　　年　　月　　日 ）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

該当する項目に○を記入

1. 心臓の術後後遺症、合併症または続発症　（ なし ・ あり※ ）

※ありの場合は以下を記載

① 肺動脈狭窄（右室－肺動脈圧較差 20mmHg以上）　（ なし ・ あり ）
② 大動脈狭窄（左室－大動脈圧較差 20mmHg以上）　（ なし ・ あり ）
③ 大動脈縮窄（圧差 20mmHg以上）　（ なし ・ あり ）
④ 房室弁逆流（２度以上：三尖弁、僧帽弁、共通房室弁）　（ なし ・ あり ）
⑤ 半月弁逆流（２度以上：肺動脈弁、大動脈弁）　（ なし ・ あり ）
⑥ 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 ）
⑦ 心筋障害 左室／体心室駆出率 0.6以下　（ なし ・ あり → 駆出率：　　）
⑧ 不整脈　（ なし ・ あり ）
※不整脈ありの場合 →　（ 心室期外収縮（ 多源性なし ・ 多源性あり ） ・ 上室頻拍 ・ 心室頻拍 ・ 心房粗細動 ・ 高度房室ブロック（Mobitz II または完全房室ブロック） ・ 左脚ブロック ）
⑨ 心胸郭比 60%以上　（ なし ・ あり ）
⑩ その他特記すべき所見

2. 心臓以外の術後後遺症、合併症または続発症　（ なし ・ あり※ ）

※ありの場合は以下を記載

a. 慢性肝障害　（ なし ・ あり → 肝線維症 ・ 肝硬変 ・ 肝がん ）
b. 蛋白漏出性胃腸症（血清アルブミン値 3g/dL未満）　（ なし ・ あり ）
c. 慢性腎臓病（腎機能低下を認めるもの）　（ なし ・ あり ）
d. 精神発達遅滞 （IQ70以下）　（ なし ・ あり ）
e. 運動麻痺　（ なし ・ あり ）
f. 症候性てんかん　（ なし ・ あり ）
g. その他　（ なし ・ あり → 所見：　　）

4. 経 過

現在の治療

該当する状態を選択し、項目に○を記入

手術（　　）未実施　（ 不要 ・ 経過により必要 ・ 予定あり ）
（　　）実施済　（ 短絡手術 ・ その他の姑息術（術式：　　） ・ 二心室修復術 ）
（　　）根治術不能

カテーテル治療　（ なし ・ あり → 術式：　　）

過去の主な治療・検査など

告示番号 69	慢性心疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書				
受給者番号（　　）	新規登録　・　継続　・　転入（転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成　　年　　月　　日（満　　歳）	
大分類病名	59 動静脈瘻	細分類病名	82 冠動脈瘻		

5. 今後の療法方針

学校生活管理指導表の指導区分　：　A　　B　　C　　D　　E　　（幼児も同様な基準に準じる）

就学・就労	1. 就学前　2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級）　3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）
現状評価	一つに○印　：　治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当：　しない・する・不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当：　しない・する・不明
治療見込期間	入院　　年　月　日 から　　年　月　日 まで 通院　　年　月　日 から　　年　月　日 まで　（月　回）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号