

告示番号		56		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〉		1/2									
病名		76 大動脈弓閉塞症（大動脈弓離断複合を除く。）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		( )		都道府県 ( )		市区町村	
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ( )																			
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 (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																					
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 ] 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55%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																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	56	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〉	2/2
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 ]					
	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 ]					
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
医療機関住所		診療科				
		医師名		(印)		
		小児慢性特定疾病 指定医番号		( )		