

告示番号		15		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		34 狭心症						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			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
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													
診断の契機		診断時期：( 年 月 ) 症状：[ いいえ ・ はい ] 胎児診断：[ いいえ ・ はい ] 乳児検診：[ いいえ ・ はい ] 学校心臓検診：[ いいえ ・ はい ] 家族歴：[ いいえ ・ はい ] その他：( )											
症状	全身	活気低下：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ] 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	動悸：[ なし ・ あり ] 息切れ：[ なし ・ あり ] 胸痛：[ なし ・ あり ] 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 ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	失神：[ なし ・ あり ] 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	活気低下：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ] 濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	動悸：[ なし ・ あり ] 息切れ：[ なし ・ あり ] 胸痛：[ なし ・ あり ] 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 ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	失神：[ なし ・ あり ] 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													
血液検査		BNP：診断時：( )pg/mL ・ 未実施 NT-proBNP：診断時：( )pg/mL ・ 未実施											
生理機能検査		心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右室肥大：[ なし ・ あり ] 左室肥大：[ なし ・ あり ] 不整脈：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
画像検査		単純X線検査 (胸部)：心胸郭比：( )%											
		超音波検査：左室駆出率：( )% 左室拡張末期径：( )mm 心室中隔拡張末期厚：( )mm 左室後壁拡張末期厚：( )mm 左室N／C (肉柱層／緻密化層) 比：( )											

受給者番号（		患者氏名（				
告示番号	15	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
心臓カテテル検査	心臓カテテル検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 左室拡張末期容積：（）mL 左室拡張終期圧：（）mmHg 平均肺動脈圧：（）mmHg 左室収縮末期容積：（）mL 右室拡張終期圧：（）mmHg 肺動脈楔入圧：（）mmHg 左室駆出率：（）% 肺動脈収縮期圧：（）mmHg 肺血管抵抗：（）Unit/m <sup>2</sup> ・ Wood単位					
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
血液検査	BNP：診断時：（）pg/mL ・ 未実施 NT-proBNP：診断時：（）pg/mL ・ 未実施					
生理機能検査	心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 右室肥大：[ なし ・ あり ] 詳細：（） 左室肥大：[ なし ・ あり ] 不整脈：[ なし ・ あり ]					
画像検査	単純X線検査（胸部）：心胸郭比：（）%					
	超音波検査：左室駆出率：（）% 左室中隔拡張末期厚：（）mm 左室拡張末期径：（）mm 左室後壁拡張末期厚：（）mm 左室N／C（肉柱層／緻密化層）比：（）					
心臓カテテル検査	心臓カテテル検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 左室拡張末期容積：（）mL 左室拡張終期圧：（）mmHg 平均肺動脈圧：（）mmHg 左室収縮末期容積：（）mL 右室拡張終期圧：（）mmHg 肺動脈楔入圧：（）mmHg 左室駆出率：（）% 肺動脈収縮期圧：（）mmHg 肺血管抵抗：（）Unit/m <sup>2</sup> ・ Wood単位					
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載						
合併症	冠動脈内血栓症：[ なし ・ あり ] 冠動脈以外の血栓塞栓症：[ なし ・ あり ] 合併症（その他）：（） 発症日：（）年（）月（）日 発症日：（）年（）月（）日					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	強心薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 薬物療法（その他）：（） 利尿薬：[ なし ・ あり ] 末梢血管拡張薬：[ なし ・ あり ] 抗不整脈薬：[ なし ・ あり ] β遮断薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] 肺血管拡張薬：[ なし ・ あり ]					
カテテル治療	バルーン拡張術（右冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] バルーン拡張術（左冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（）年（）月（）日 実施日：（）年（）月（）日					
	ロータブレーター（右冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] ロータブレーター（左冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（）年（）月（）日 実施日：（）年（）月（）日					
	カテテル治療（その他、右冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] カテテル治療（その他、左冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（）年（）月（）日 実施日：（）年（）月（）日					
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 ]					
	右冠動脈バイパス術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 左冠動脈バイパス術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：（）年（）月（）日 実施日：（）年（）月（）日					
	手術（その他）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式：（） 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 （）				