

|                          |             |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|--------------------------|-------------|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|--|--|---------------|--|
| 告示番号                     |             | 88   |  | 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                       |             | 16 肥大型心筋症  |  |  |               |   |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |               |  |
| 受給者番号                    |             |  |  | 受診日                                      |               | 年 月 日                                       |  |                      |  |  |  |               |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |             |  |  |  |               | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             |             | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                 |               | 体重<br>(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 (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 ]<br>濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|                          | 呼吸器・<br>循環器 | 動悸：[ なし ・ あり ] 息切れ：[ なし ・ あり ] 胸痛：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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：[ 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 ]<br>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<br>左室後壁拡張末期厚：( )mm 左室N／C (肉柱層／緻密化層) 比：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 心臓カテーテル検査                |             | 心臓カテーテル検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>左室拡張末期容積：( )mL 左室収縮末期容積：( )mL 左室駆出率：( )%<br>左室拡張終期圧：( )mmHg 右室拡張終期圧：( )mmHg 肺動脈収縮期圧：( )mmHg<br>平均肺動脈圧：( )mmHg 肺動脈楔入圧：( )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   |             |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 家族歴                      |             | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]   |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 既往歴                      |             | 心筋炎：[ なし ・ あり ] 化学療法の既往：[ なし ・ あり ]<br>既往歴 (その他)：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 合併症                      |             | 先天性心疾患：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|                          |             | 外表奇形：[ なし ・ あり ] 染色体異常：[ なし ・ あり ] 筋疾患：[ なし ・ あり ]<br>代謝疾患：[ なし ・ あり ] 血栓塞栓症：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>薬物療法 (その他)：( )                            |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

| 告示番号        | 88   | 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〉 | 2/2 |
|-------------|--|-------|---|--------------------------------|----|-----------------------|-----|
| 呼吸管理        | 酸素療法：[ なし ・ あり ]      人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]   |       |   |                                |    |                       |     |
| 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 ]   |       |   |                                |    |                       |     |
|             | ペースメーカー植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]   |       |   | 実施日：(      年      月      日 )   |    |                       |     |
|             | 除細動器植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  |       |   | 実施日：(      年      月      日 )   |    |                       |     |
|             | 心臓再同期療法（CRT）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  |       |   | 実施日：(      年      月      日 )   |    |                       |     |
|             | 補助人工心臓植込：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  |       |   | 実施日：(      年      月      日 )   |    |                       |     |
|             | 手術（その他）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>術式：(   |       |   | 実施日：(      年      月      日 ) ) |    |                       |     |
| 移植          | 心臓移植レシピエント登録：[ 未実施 ・ 実施 ]  |       |   | 実施日：(      年      月      日 )   |    |                       |     |
|             | 心臓移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]   |       |   | 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                            |    |                       |     |
|             |  |       |   | 小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) (印)    |    |                       |     |