

告示番号		16		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		35 心筋梗塞										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）							
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 (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 (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] 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：()																			
心臓カテーテル検査		心臓カテーテル検査：[未実施 ・ 実施] 左室拡張末期容積：()mL 左室収縮末期容積：()mL 左室駆出率：()% 左室拡張終期圧：()mmHg 右室拡張終期圧：()mmHg 肺動脈収縮期圧：()mmHg 平均肺動脈圧：()mmHg 肺動脈楔入圧：()mmHg 肺血管抵抗：()Unit/m² ・ 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] 発症日：(年 月 日) 冠動脈以外の血栓塞栓症：[なし ・ あり] 発症日：(年 月 日) 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)：()																			
カテーテル治療		バルーン拡張術 (右冠動脈)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) バルーン拡張術 (左冠動脈)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			
		ロータブレーター (右冠動脈)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) ロータブレーター (左冠動脈)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			

受給者番号() 患者氏名()

[illegible]