

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〈継続申請用〉										1/2							
病名		34 狭心症										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							
				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		治療 ・ 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( )

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〈継続申請用〉	2/2
カテーテル治療	カテーテル治療（その他、右冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：(      年      月      日 ) カテーテル治療（その他、左冠動脈）：[ 未実施 ・ 実施 ] 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 ] 実施日：(      年      月      日 ) 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 ) 手術（その他）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：(      年      月      日 ) 術式：(      )						
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						(印)
	医師名						
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )						