

告示番号		29		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		18 心筋緻密化障害						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													
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] 既往歴 (その他): ()											
合併症		先天性心疾患: [なし ・ あり] 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] 代謝疾患: [なし ・ あり] 血栓塞栓症: [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): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	29	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] 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)			