様式第2号その4(第7条、第13条関係)　　　　　　（表面）

小児慢性特定疾患（慢性心疾患）医療意見書　（平成　　年度）

受給者番号（　　　　　　　）	新規（新規診断　、転入注1）　　　　　　　　）　継続　、再開				
患者	ふりがな 氏　名		男 女	生年月日	平成　　年　　月　　日 （満　　歳）
発病	平成　　年　　月頃			初診日	平成　　年　　月　　日
疾患群	０４ 慢性心疾患	疾 患 名注2）	ＩＣＤ（　　　、　　　、　　　）		

該当する項目に○を付け、（　　　）に記入してください。

現在の症状　体重増加不良：　有、　無　　体重（　　　　kg）　　多呼吸：　有、　無
チアノーゼ：　有、　無　　哺乳力低下（食欲不振）：　有、　無　　易感染性：　有、　無
易疲労性（運動制限）：　有、　無　（　小学生以上　ＮＹＨＡ　：　Ⅰ、　Ⅱ、　Ⅲ、　Ⅳ　）

現在の治療：　強心薬、　利尿薬、　抗不整脈薬、　抗血小板薬、　抗凝固薬、
末梢血管拡張薬、　βブロッカー、　人工呼吸管理、　酸素療法、　その他（　　　　　）

診断の根拠となった主な検査の結果
（数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況）
心電図　：正常、　右室肥大、　左室肥大、　両室肥大、　右房肥大、　左房肥大
不整脈：　無、　有（診断名　　　　　　　　　　　多源性：　無、　有注3））
胸部Ｘ線：　心胸郭比（　　　　　　%）、　　肺血流：　正常、　増加、　減少
心エコー：未実施　、　実施　（主な所見　　　　　　　　　　　　　）
心臓カテーテル検査：　未実施　、　実施　（動脈血酸素飽和度　　　　　%）
肺動脈圧　　／　　（平均圧　　mmHg）、　右室圧　　／　　、左室圧　　／
大動脈圧　　／　　（平均圧　　mmHg）、　Ｑｐ／Ｑｓ＝　　　、Ｒｐ／Ｒｓ＝

術後の残遺症、　合併症または続発症　　無、　有：
ａ．肺動脈狭窄　（右室　－　肺動脈圧較差20mmHｇ以上）
ｂ．大動脈狭窄　（左室　－　大動脈圧較差20mmHｇ以上）
ｃ．大動脈再縮窄　（圧較差20mmHｇ以上）　　ｄ．房室弁逆流　（２度以上）
ｅ．半月弁逆流　（２度以上　：　肺動脈弁、　大動脈弁）
ｆ．肺高血圧症　（収縮期血圧40mmHｇ以上）
ｇ．心筋障害　　左室／体心室駆出率0.6以下　（　　．　　）
ｈ．不整脈　（心室性期外収縮、上室性頻拍、心室性頻拍、心房粗細動、高度房室ブロック）

その他の特記すべき所見

経過　（これまでに行われた治療、その他の検査結果）

手術：　未実施；　不要、　経過により必要、　予定あり
　　　　実　施；　短絡手術、　その他の姑息術　（　　　　　　　　　　　）
　　　　　　　　　２心室修復術、　フォンタン手術
　　　　根治術不能
カテーテル治療：　無、　有　（術式　　　　　　　　　　　　）
治癒、　改善、　不変、　悪化、　死亡、　判定不能

今後の**治療**方針

学校生活管理指導表の指導区分：　Ａ、　Ｂ、　Ｃ，　Ｄ、　Ｅ
（幼児も同様の基準に準じる）

治療見込期間	入　　院	平成　年　月　日から平成　年　月　日まで
	通　　院	平成　年　月　日から平成　年　月　日まで（月　　回）

上記の通り診断する。　　　　　医療機関所在地
　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　科
平成　　年　　月　　日
　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　印

注１）　転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。
注２）　疾患名は３つまで登録可能です。ただし、主となる疾患名を最も左側に記入してください。
　　　　この疾患名で対象の可否が判定されます。
注３）　心室性期外収縮の場合は、多源性の有無を記入してください。