

## 211 左心低形成症候群

## ■ 行政記載欄

|       |   |      |                             |                              |
|-------|---|------|-----------------------------|------------------------------|
| 受給者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 判定結果 | <input type="checkbox"/> 認定 | <input type="checkbox"/> 不認定 |
|-------|---|------|-----------------------------|------------------------------|

## ■ 基本情報

|                    |   |   |   |   |        |   |   |               |
|--------------------|---|---|---|---|--------|---|---|---------------|
| 姓 (かな)             |   |   |   | 名 (かな)                                    |        |   |   |               |
| 姓 (漢字)             |   |   |   | 名 (漢字)                                    |        |   |   |               |
| 郵便番号               | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |   |   |   |        |   |   |               |
| 住所                 |   |   |   |   |        |   |   |               |
| 生年月日               | 西暦  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 月      | <input type="text"/> <input type="text"/> | 日 | *以降、数字は右詰めで記入 |
| 性別                 | <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女   |   |   |   |        |   |   |               |
| 出生市区町村             |   |   |   |   |        |   |   |               |
| 出生時氏名<br>(変更のある場合) | 姓 (かな)  |   |   |   | 名 (かな) |   |   |               |
|                    | 姓 (漢字)  |   |   |   | 名 (漢字) |   |   |               |
| 家族歴                | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明  |   |   |   |        |   |   |               |
|                    | 発症者続柄   |   |   |   |        |   |   |               |
|                    | <input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)<br><input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)<br><input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ<br><input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入 |   |   |   |        |   |   |               |
|                    | 続柄  |   |   |   |        |   |   |               |
| 発症年月               | 西暦  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> <input type="text"/> | 月      |   |   |               |

|          |  |
|----------|--|
| 社会保障     |  |
| 介護認定     | <input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし   |
| 要介護度     | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 生活状況     |  |
| 移動の程度    | <input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある<br><input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである                   |
| 身の回りの管理  | <input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある<br><input type="checkbox"/> 3. 自分でできない                  |
| ふだんの活動   | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある<br><input type="checkbox"/> 3. 行うことができない                       |
| 痛み／不快感   | <input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい                                       |
| 不安／ふさぎ込み | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度<br><input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる                     |

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

|  |   |
|--|---|
| 心臓超音波検査所見：以下の2つの特徴を有する   | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| <p>① 非常に小さい左室（重度低形成例では左室はスリット状または確認不能）を認める。大動脈弁および僧帽弁は閉鎖または狭窄している。左室は左後方に存在し、低形成で心尖部に到達しない。</p> <p>② 動脈管が閉鎖しない状態では、上行大動脈内に動脈管からの逆行性血流を認める。卵円孔または心房中隔欠損があり、左房から右房への短絡が確認される。閉鎖例も稀にある。</p> |   |

<診断のカテゴリー>

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 心臓超音波検査において、A. 主要所見①と②を認める | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
|----------------------------|--|

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内

|  |
|--|
|  |
|--|

■ 治療その他

|                   |                                |                                 |   |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| ノーウッド (Norwood) 術 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 | <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
| 両方向性グレン (Glenn) 術 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 | <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
| フォンタン (Fontan) 型術 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 | <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
| フォンタン型術後合併症       | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし  | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
| 心房中隔裂開術           | <input type="checkbox"/> 1. 実施 | <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
| 動脈管ステント挿入術        | <input type="checkbox"/> 1. 実施 | <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
| 在宅酸素療法            | <input type="checkbox"/> 1. 実施 | <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | <input type="checkbox"/> 3. 不明                |
|                   | 経皮酸素飽和度値<br>(酸素投与なし)           | <input type="text"/>            | <input type="text"/> . <input type="text"/> % |

■ 重症度分類に関する事項

NYHA 分類

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> I 度   | 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生じない。  |
| <input type="checkbox"/> II 度  | 軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作（例えば、階段上昇、坂道歩行など）で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生ずる。 |
| <input type="checkbox"/> III 度 | 高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作（例えば、平地歩行など）で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生ずる。                      |
| <input type="checkbox"/> IV 度  | 心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛（胸痛）が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する。                                   |

■ 体外式補助人工心臓に関する事項（使用者のみ記入）

|       |  |
|-------|--|
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. あり   |
| 開始時期  | 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

|          |   |   |  |
|----------|---|---|--|
| 使用の有無    | <input type="checkbox"/> 1. あり  |   |  |
| 開始時期     | 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月            |   |  |
| 離脱の見込み   | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし   |   |  |
| 種類       | <input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器   |   |  |
| 施行状況     | <input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行<br><input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行 |   |  |
| 生活状況     | 食事  | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|          | 車椅子とベッド間の移動   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助<br><input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |  |
|          | 整容  | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能                          |
|          | トイレ動作   | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|          | 入浴  | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能                          |
|          | 歩行  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助<br><input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |  |
|          | 階段昇降  | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能  |
|          | 着替え   | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|          | 排便コントロール  | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |  |

|         |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| 医療機関名   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |
| 指定医番号   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 |
| 医療機関所在地 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |
| 電話番号    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | *ハイフンを除き、左詰めで記入 |
| 医師の氏名   | 印<br>※自筆または押印のこと     |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                 |
| 記載年月日   | 西暦                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日               |

- 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- 治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- 診断基準、重症度分類については、  
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- 審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。