

311 先天性三尖弁狭窄症

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

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

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 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. 症状

1. 心不全に由来する症状	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
a. 新生児・乳児期以降	☐ 哺乳不良 ☐ 体重増加不良 ☐ 多呼吸 ☐ 呼吸器感染症悪化
b. 成人期	☐ 易疲労 ☐ 動悸 ☐ 食思不振
2. 低酸素血症に由来する症状	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
a. 新生児・乳児期以降	☐ 多呼吸 ☐ チアノーゼ ☐ バチ状指 ☐ 易疲労
b. 成人期	☐ 易疲労 ☐ 過粘稠度症候群による頭痛または吐き気 ☐ チアノーゼ性腎症 ☐ 喀血 ☐ 易出血 ☐ 血栓症 ☐ 胆石 ☐ 胆嚢炎 ☐ 肥厚性関節炎
3. フォンタン循環破綻に由来する症状・合併症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
☐ 蛋白漏出性胃腸症 ☐ 鋳型気管支炎 ☐ 肝腫大	
4. 拡張期ランブルを聴取する (フォンタン型手術未施行例のみに適応する)	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 心臓超音波検査	
三尖弁のドーム形成と弁口の狭小化を認める。 右室流入血流は加速し、右房は拡大する。	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. 胸部 X 線	
右房拡大を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. 心電図	
右房拡大所見を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
4. 心臓カテーテル検査	
右房圧は上昇し、著明な a 波を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
拡張期の右房-右室平均圧較差>2mmHg	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
右房造影にて右房の拡大を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できる疾病には ☒ を記入する。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
☐ 後天性三尖弁狭窄	

<診断のカテゴリー>

☐ Definite 1 : A の 1～3 のいずれか+B の 1 と C を満たす
☐ Definite 2 : A の 1～3 のいずれか+A の 4+B の 1+C を満たす ※フォンタン型手術未施行例
☐ いずれにも該当しない

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

1. フォンタン型手術	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施
フォンタン型手術施行において以下の基準を全て満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
☐ 正常肺動脈圧 ☐ 肺血管抵抗値 <2.0 Wood 単位・ m^2 ☐ 心室機能正常 ☐ 極軽度の房室逆流	
2. フォンタン術後の合併症	☐ 1. あり ☐ 2. なし
3. 三尖弁狭窄症の加齢による治療介入	☐ 1. あり ☐ 2. なし

■ 重症度分類に関する事項

NYHA 分類

☐ 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
☐ 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
☐ 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
☐ 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

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり
開始時期	西暦 年 月
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行

生活状況	食事	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立	☐ 軽度介助	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能	
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能	
	歩行	☐ 自立	☐ 軽度介助	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*ハイフンを除き、左詰めで記入											
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。