

告示番号 14 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〉														
病名		15 QT延長症候群							受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日					<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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		呼吸器・循環器		心不全症状:[なし ・ あり] 動悸:[なし ・ あり]										
		精神・神経		失神:[なし ・ あり] 痙攣:[なし ・ あり]										
		耳鼻咽喉		めまい:[なし ・ あり]										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
心臓カテーテル検査		電気生理学的検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
遺伝学的検査		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 遺伝子名:() 所見:()												
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] 詳細:()												
出生歴		母体抗SS-A抗体:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 母体抗SS-B抗体:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 胎児水腫:[なし ・ あり]												
既往歴		電気的除細動:[なし ・ あり] 脳梗塞:[なし ・ あり] 血栓症:[なし ・ あり]												
合併症		心筋症:[なし ・ あり] 先天性心疾患:[なし ・ あり] 詳細:()												
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]												
カテーテル治療		カテーテル焼灼術:[未実施 ・ 実施]												
手術		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)												
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 ()										