

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------|--|--|--|
| 告示番号 | | 9 | | 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 | | 3 完全房室ブロック | | | | | | | | | | 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 | | 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 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | | | | | | | | | | | | | | |