

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|---|-----------------------------|-----------|-----|-----------|
| 病名 | 2 モビッツ (Mobitz) 2型ブロック | | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 新規 | | | |
| 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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 | | | | | | | | | | |
| 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] 失聴(先天性):[なし・あり] | | | | | | | | |
| 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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 | | | | | | | | | | |
| 生理機能検査 | 心電図検査:[未実施・実施] 特記事項:() | | | | | | | | | |
| | ホルター型心電図検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:() | | | | | | | | | |
| 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:() | | | | | | | | | |
| 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 | 電氣的除細動:[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:() | | | | | | | | | |

