

告示番号		96		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	2 モビッツ (Mobitz) 2型ブロック					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 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)		通院頻度 () 回/月		
	治療見込み期間(外来) 開始日:(年 月 日)		終了日:(年 月 日)				
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	
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			