

病名	3 完全房室ブロック					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 ()