

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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						