

告示番号 **26** 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	6 上室頻拍 (WPW症候群によるものに限る。)					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:()														
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]					
カテテル治療	カテテル焼灼術:[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 ()									