

病名	7 多源性心房頻拍					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		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: ( )										

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 (      )