

病名	9 ペラパミル感受性心室頻拍					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	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:( )									

