

告示番号		32		慢性心疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	10 カテコラミン誘発多形性心室頻拍					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 ()