

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 (継続申請用)

| | | | | | |
|-------|---------------------------|-----|-------|------|--|
| 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"/> 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 | 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 |

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 () | |