

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)		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日									
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日					性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日							
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日						
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	%
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	治療 ・ 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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]									
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 ()									

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日