

病名	11 9及び10に掲げるもののほか、心室頻拍 (具体的な疾病名: )					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: ( )							

