

告示番号		47		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	12 心房粗動							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 (			)