

告示番号 **30** 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	<b>14 心室細動</b>			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	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 ( )	