

告示番号		9		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		3 完全房室ブロック								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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 (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															
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] 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:()													

