

告示番号		96		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		2 モビッツ (Mobitz) 2型ブロック								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:( )											

