

告示番号		92		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〉		1/3		
病名		99 ホルト・オーラム (Holt-Oram) 症候群							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI				
										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 )												
診断		診断時期：( 年 月 )												
症状	全身	濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]												
	呼吸器・循環器	チアノーゼ：[ なし ・ あり ] 経皮的酸素飽和度：( )% NYHA心機能分類 (小学生以上の場合)：[ I ・ II ・ III ・ IV ]												
	腎・泌尿器	腎機能低下：[ なし ・ あり ]												
	消化器	肝機能障害：[ なし ・ あり ] 肝硬変：[ なし ・ あり ]												
	精神・神経	痙攣：[ なし ・ あり ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 抑鬱：[ なし ・ あり ] 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]												
		筋・骨格	母指の異常 (母指欠損・低形成、二分母指・三指節母指など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 母指以外の指の異常 (欠指・短指・彎指・多指など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 橈骨の異常 (欠損・低形成など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 尺骨の異常 (欠損・低形成など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 橈尺骨の異常 (癒合など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 上腕骨の異常 (欠損・低形成など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 鎖骨・肩関節の異常および運動制限：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ]											
	その他		頭蓋・顔面の異常 (両眼解離など)：[ なし ・ あり ] 胸郭の異常 (漏斗胸・鳩胸など)：[ なし ・ あり ] 椎骨の異常 (側弯など)：[ なし ・ あり ] その他の臓器異常・その他の骨格異常：( )											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
	症状	全身	濃厚なケア、治療、観察の必要性：[ なし ・ あり ]											
		呼吸器・循環器	チアノーゼ：[ なし ・ あり ] 経皮的酸素飽和度：( )% NYHA心機能分類 (小学生以上の場合)：[ I ・ II ・ III ・ IV ]											
		腎・泌尿器	腎機能低下：[ なし ・ あり ]											
消化器		肝機能障害：[ なし ・ あり ] 肝硬変：[ なし ・ あり ]												
精神・神経		痙攣：[ なし ・ あり ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 抑鬱：[ なし ・ あり ] 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]												
		筋・骨格	母指の異常 (母指欠損・低形成、二分母指・三指節母指など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 母指以外の指の異常 (欠指・短指・彎指・多指など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 橈骨の異常 (欠損・低形成など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 尺骨の異常 (欠損・低形成など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 橈尺骨の異常 (癒合など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 上腕骨の異常 (欠損・低形成など)：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ] 鎖骨・肩関節の異常および運動制限：[ なし ・ 左のみ ・ 右のみ ・ 左右両方 ]											
その他			頭蓋・顔面の異常 (両眼解離など)：[ なし ・ あり ] 胸郭の異常 (漏斗胸・鳩胸など)：[ なし ・ あり ] 椎骨の異常 (側弯など)：[ なし ・ あり ] その他の臓器異常・その他の骨格異常：( )											



医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

## 行政記載欄

担当自治体

受理日

年

月

8

公費負担者番号

### 認定結果

[ 認定 ・ 不認定 ]

研究同意の有無

[ 有 · 無 ]

受給者番号

受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日

## 階層区分

[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日