

|                        |  |  |  |  |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--|-------------------|--|--|--|---------|--|
| 告示番号                   |  | 28   |  | 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〉  |  | 1/2     |  |
| 病名                     |  | 8 6及び7に掲げるもののほか、上室頻拍   |  |  |  |                      |  | 受付種別              |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |         |  |
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日  |  |  |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |
| 氏名                     |  | (セイメイ)<br>(姓名)   |  |  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(姓名)    |  |  |  |         |  |
| 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<br>身長・体重           |  | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 (申請時) ※直近の状況を記載   |  |  |  |  |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |
| 具体的な疾病名                |  | ( )  |  |  |  |                      |  | 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 ]                            |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |
| 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 )<br>所見：( )  |  |  |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |
| 遺伝学的検査                 |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>遺伝子名：( )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 )<br>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 ]   |  |  |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |
| 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 ( ) |  |  |  |                      |  |                   |  |  |  |         |  |

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                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

診療科  
医師名  
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 日  |
| 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 ]                |
| 保険情報    | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |