

告示番号		32		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		10 カテコラミン誘発多形性心室頻拍								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
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		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			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													
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：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	32	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〉	2/2	
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 (      )				