

告示番号		34		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		11 9及び10に掲げるもののほか、心室頻拍 (具体的な疾病名：)							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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	34	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			
医療機関住所				年 月 日			
				診療科			
				医師名			
				(印)			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			