

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〈継続申請用〉												
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"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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 (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 (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：()										
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 ()												