

|                          |  |  |  |  |                           |   |  |                      |  |                                     |               |         |  |
|--------------------------|--|--|--|--|---------------------------|---|--|----------------------|--|-------------------------------------|---------------|---------|--|
| 告示番号                     |  | 67   |  | 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                       |  | 5 多源性心室期外収縮  |  |  |                           |   |  | 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<br>氏名<br>(Alphabet) |  |  |  |  |                           | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             |  | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                 |                           | 体重<br>(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 )<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 ]   |  |  |                           |   |  |                      |  |                                     |               |         |  |
| 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 ( )   |  |  |                           |   |  |                      |  |                                     |               |         |  |