

告示番号		13		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		4 脚ブロック						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 ( ) 2021a-001

告示番号 13 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 ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ]	利尿薬：[ なし ・ あり ] 末梢血管拡張薬：[ なし ・ あり ]	抗不整脈薬：[ なし ・ あり ] β遮断薬：[ なし ・ あり ]	抗血小板薬：[ 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )