

告示番号		9		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		3 完全房室ブロック						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:()											

