

告示番号		26		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		6 上室頻拍（WPW症候群によるものに限る。）										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
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（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 医療機関住所						記載年月日 年 月 日  診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )									