

告示番号		96		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)		1/2	
病名	2 モビッツ (Mobitz) 2型ブロック					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )								
生年月日	年 月 日					性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )								
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日					
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
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	治療 ・ 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									
最終受診日	( 年 月 日 )								
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 ]
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 ]									
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 ( )								

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日