

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				
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 (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													
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] 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	電氣的除細動: [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: ()												

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) 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] 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]
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