

|                                         |  |                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 67                                                              |  | 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                                      |  | 5 多源性心室期外収縮                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(姓)         |  |                             |  |         |  |
| 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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                     |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 ]<br>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 )<br>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 )<br>所見:( )                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>遺伝子名:( )<br>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 )<br>所見:( )                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>遺伝子名:( )<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細:( )                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |

