

告示番号	28	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	8 6及び7に掲げるもののほか、上室頻拍				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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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		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							
具体的な疾病名	( )				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:( )						
心臓カテーテル検査	ホルター型心電図検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )						
	所見:( )						
遺伝学的検査	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 )						
	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 )						
	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 ]						
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 <b>28</b> 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 ] 抗凝固薬:[ なし ・ あり ]	利尿薬:[ なし ・ あり ] 末梢血管拡張薬:[ 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