

| 告示番号 | | 44 | | 神経・筋疾患 | | () | | 年度 | | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) | | 1/3 | |
|---|--|--|------------|-----------------------------|-------------|----------------------|------------------|---------|-----------------------------|------------------------|--|-----|--|
| 病名 | 88 先天性ヘルペスウイルス感染症 | | | | | | | 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) | | | | | | | | | |
| 発症時期 | 出生から発症までの時間: () 時間 | | | | | | | | | | | | |
| 身体所見 | 小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] | | | 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] | | | 水頭症: [なし ・ あり] | | | | | | |
| | 頭囲: () cm | | 頭囲SD: () | | | | | | | | | | |
| 症状 | 精神・神経 | 精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| | | 痙攣: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | |
| | 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | |
| | 発達障害 (その他): () | | | | | | | | | | | | |
| | 呼吸器・循環器 | 呼吸障害: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 詳細: () | | | | | | | | | | | | |
| 消化器 | 肝機能障害: [なし ・ あり] 黄疸: [なし ・ あり] 肝腫大: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚・粘膜 | 水疱: [なし ・ あり] 瘰癧: [なし ・ あり] 口内疹: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚・粘膜症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 小眼球: [なし ・ あり] 網脈絡膜炎: [なし ・ あり] 角膜炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 発症時期 | 出生から発症までの時間: () 時間 | | | | | | | | | | | | |
| 身体所見 | 小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] | | | 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] | | | 水頭症: [なし ・ あり] | | | | | | |
| | 頭囲: () cm | | 頭囲SD: () | | | | | | | | | | |
| 症状 | 精神・神経 | 精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| | | 痙攣: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | |
| | 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | | |
| | 発達障害 (その他): () | | | | | | | | | | | | |
| | 呼吸器・循環器 | 呼吸障害: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 詳細: () | | | | | | | | | | | | |
| 消化器 | 肝機能障害: [なし ・ あり] 黄疸: [なし ・ あり] 肝腫大: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚・粘膜 | 水疱: [なし ・ あり] 瘰癧: [なし ・ あり] 口内疹: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚・粘膜症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 小眼球: [なし ・ あり] 網脈絡膜炎: [なし ・ あり] 角膜炎: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 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 | |
| 血液検査 | 血小板数: () × 10 ⁴ /μL |
| 感染症免疫学的検査 | 単純ヘルペスウイルスIgG (EIA): () ・未実施 実施日: (年 月 日) 単純ヘルペスウイルスIgM (EIA): () ・未実施 実施日: (年 月 日) |
| | 単純ヘルペスウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検体採取部位: () 所見: () |
| | ウイルス分離 (単純ヘルペスウイルス): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検体採取部位: () 所見: () |
| | CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 脳破壊: [なし ・ あり] 水頭症: [なし ・ あり] 脳内石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): () |
| 画像検査 | MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 脳破壊: [なし ・ あり] 信号異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): () |
| | 検査所見 (その他) 検査所見 (その他): () |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | |
| 血液検査 | 血小板数: () × 10 ⁴ /μL |
| 感染症免疫学的検査 | 単純ヘルペスウイルスIgG (EIA): () ・未実施 実施日: (年 月 日) 単純ヘルペスウイルスIgM (EIA): () ・未実施 実施日: (年 月 日) |
| | 単純ヘルペスウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検体採取部位: () 所見: () |
| | ウイルス分離 (単純ヘルペスウイルス): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検体採取部位: () 所見: () |
| | CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 脳破壊: [なし ・ あり] 水頭症: [なし ・ あり] 脳内石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): () |
| 画像検査 | MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 脳破壊: [なし ・ あり] 信号異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): () |
| | 検査所見 (その他) 検査所見 (その他): () |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | |
| 合併症 | 合併症: [なし ・ あり] 詳細: () |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載 | |
| 薬物療法 | 抗ウイルス薬 (アシクロビル) 治療: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): () |
| 呼吸管理 | 酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] |
| 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 |
| | 就学・就労状況 |
| 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 |