

告示番号 <b>44</b>		神経・筋疾患 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	<b>88 先天性ヘルペスウイルス感染症</b>			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		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	治癒 ・ 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 )						
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 ] 頭囲: ( ) cm 頭囲SD: ( ) 水頭症: [ なし ・ あり ]						
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 ] 癩痕: [ 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 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> / 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: ( )						
画像検査	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): ( )						
	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): ( )						

告示番号 <b>44</b> 神経・筋疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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