

告示番号 <b>43</b>		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	<b>89 先天性風疹症候群</b>				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		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 )							
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:( )		
症状	全身	低身長 (-1.5SD以下): [ なし ・ あり ]						
	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 ]						
		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): ( )						
	消化器	肝機能障害: [ なし ・ あり ]		肝腫大: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		
	眼	小眼球: [ なし ・ あり ]		白内障: [ なし ・ あり ]		網膜症: [ なし ・ あり ]		
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]							
	詳細: ( )							
その他	症状 (その他): ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
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:( )		
症状	全身	低身長 (-1.5SD以下): [ なし ・ あり ]						
	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 ]						
		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): ( )						
	消化器	肝機能障害: [ なし ・ あり ]		肝腫大: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		
	眼	小眼球: [ なし ・ あり ]		白内障: [ なし ・ あり ]		網膜症: [ なし ・ あり ]		
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]							
	詳細: ( )							
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 <sup>4</sup> /μL							
生理機能検査	脳波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )			
	聴性脳幹反応 (ABR) 検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )			

告示番号	43	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)	2/3
感染症免疫学的検査	風疹ウイルスIgG (EIA) : ( )・未実施	実施日 : ( 年 月 日 )			
	風疹ウイルスIgM (EIA) : ( )・未実施	実施日 : ( 年 月 日 )			
	風疹ウイルスRNA (PCR) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	検体採取部位 : ( ) 所見 : ( )				
画像検査	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 : ( )				
	超音波検査 (心臓) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
画像検査	CT検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	所見 : ( )				
	MRI検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	実施時年齢 : ( 歳 か月 )		
	検査名 : [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]				
	検査名 (その他) : ( ) DQまたはIQ値 : ( )				
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 <sup>4</sup> / μL				
生理機能検査	脳波検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	所見 : ( )				
生理機能検査	聴性脳幹反応 (ABR) 検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	所見 : ( )				
感染症免疫学的検査	風疹ウイルスIgG (EIA) : ( )・未実施	実施日 : ( 年 月 日 )			
	風疹ウイルスIgM (EIA) : ( )・未実施	実施日 : ( 年 月 日 )			
	風疹ウイルスRNA (PCR) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	検体採取部位 : ( ) 所見 : ( )				
画像検査	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 : ( )				
	超音波検査 (心臓) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
画像検査	CT検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	所見 : ( )				
	MRI検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	実施時年齢 : ( 歳 か月 )		
	検査名 : [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]				
	検査名 (その他) : ( ) DQまたはIQ値 : ( )				
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	動脈管開存症 : [ なし ・ あり ]	心室中隔欠損症 : [ なし ・ あり ]	先天性心疾患 (その他) : ( )		
合併症 (その他)	( )				
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 ]			
薬物療法 (その他)	( )				
リハビリテーション	補装具の使用 : 補聴器 : [ なし ・ あり ]				
手術	白内障手術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	術式 : ( ) 所見 : ( )				
	人工内耳手術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
手術	術式 : ( ) 所見 : ( )				
	心臓外科手術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日 : ( 年 月 日 )			
	術式 : ( ) 所見 : ( )				
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 ( )				

<b>告示番号</b>	<b>43</b>	<b>神経・筋疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	<b>3/3</b>
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