

告示番号	41	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	90 先天性サイトメガロウイルス感染症				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)		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							
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	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]					
		移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 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]					
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]						
眼	視力障害: [なし ・ あり] 網脈絡膜炎: [なし ・ あり]						
耳鼻咽喉	聴力障害: [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							
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	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]					
		移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 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]					
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]						
眼	視力障害: [なし ・ あり] 網脈絡膜炎: [なし ・ あり]						
耳鼻咽喉	聴力障害: [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: () $\times 10^4/\mu\text{L}$		血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL		血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL		
	AST: ()U/L		ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		
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)						
感染症免疫学的検査	臍帯血	サイトメガロウイルスIgM (EIA): () ・ 未実施			実施日: (年 月 日)		
		サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			実施日: (年 月 日)		
	尿	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			実施日: (年 月 日)		
	血液	サイトメガロウイルスIgM (EIA): () ・ 未実施			実施日: (年 月 日)		
		サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			実施日: (年 月 日)		
	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			実施日: (年 月 日)			
	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			実施日: (年 月 日)			

告示番号		41		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	
画像検査	超音波検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)		脳室拡大 : [なし ・ あり]	脳室内石灰化 : [なし ・ あり]		水頭症 : [なし ・ あり]		所見 (その他) : ()		
	CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)		水頭症 : [なし ・ あり]	脳室拡大 : [なし ・ あり]		脳室内石灰化 : [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)		脳室拡大 : [なし ・ あり]	水頭症 : [なし ・ あり]		所見 (その他) : ()				
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 ⁴ / μL	血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL		血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL		AST : () U/L		ALT : () U/L		LDH : () U/L	
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	臍帯血	サイトメガロウイルスIgM (EIA) : () ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)		サイトメガロウイルスDNA (PCR) : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		実施日 : (年 月 日)				
	尿	サイトメガロウイルスDNA (PCR) : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		実施日 : (年 月 日)							
	血液	サイトメガロウイルスIgM (EIA) : () ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)		サイトメガロウイルスDNA (PCR) : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		実施日 : (年 月 日)				
	唾液	サイトメガロウイルスDNA (PCR) : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		実施日 : (年 月 日)							
	髄液	サイトメガロウイルスDNA (PCR) : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		実施日 : (年 月 日)							
画像検査	超音波検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)		脳室拡大 : [なし ・ あり]	脳室内石灰化 : [なし ・ あり]		水頭症 : [なし ・ あり]		所見 (その他) : ()		
	CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)		水頭症 : [なし ・ あり]	脳室拡大 : [なし ・ あり]		脳室内石灰化 : [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)		脳室拡大 : [なし ・ あり]	水頭症 : [なし ・ あり]		所見 (その他) : ()				
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	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	抗てんかん薬 : [なし ・ あり]	ガンシクロビル : [なし ・ あり]		バルガンシクロビル : [なし ・ あり]		薬物療法 (その他) : ()					
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む) : [なし ・ あり]		中心静脈栄養 : [なし ・ あり]								
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]			
手術	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 ()										

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