

告示番号		42		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	91 先天性トキソプラズマ感染症							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	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	心筋炎: [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] 小眼球: [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	心筋炎: [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] 小眼球: [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)												
	所見: ()												
感染症免疫学的検査	臍帯血	トキソプラズマIgM (ELISA): ()・未実施		実施日: (年 月 日)									
		トキソプラズマIgG (ELISA): ()・未実施		実施日: (年 月 日)									
	血液	トキソプラズマIgM (ELISA): ()・未実施		実施日: (年 月 日)									
		トキソプラズマIgG (ELISA): ()・未実施		実施日: (年 月 日)									
髄液	トキソプラズマDNA (PCR): [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] 小脳症: [なし ・ あり]												
	所見 (その他): ()												

告示番号		42		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	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] 小脳症: [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)										
	脳室拡大: [なし ・ あり] 水頭症: [なし ・ あり] 小脳症: [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:() $\times 10^4/\mu\text{L}$ 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) 所見:()										
感染症免疫学的検査	臍帯血	トキソプラズマIgM(ELISA):()・未実施 実施日:()年()月()日)									
		トキソプラズマIgG(ELISA):()・未実施 実施日:()年()月()日)									
	血液	トキソプラズマIgM(ELISA):()・未実施 実施日:()年()月()日)									
		トキソプラズマIgG(ELISA):()・未実施 実施日:()年()月()日) トキソプラズマDNA(PCR): [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 実施日:()年()月()日)									
髄液	トキソプラズマDNA(PCR): [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] 小脳症: [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)										
画像検査	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] 小脳症: [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] 小脳症: [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	先天性心疾患: [なし ・ あり] 詳細:() 合併症(その他): ()										
母体初感染の根拠	母体トキソプラズマIgM抗体が陽性: [なし ・ あり] 母体トキソプラズマIgG抗体価高値かつIgG avidity低値: [なし ・ あり] 母体トキソプラズマIgG抗体の陰性から陽性への転化: [なし ・ あり]										
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] スルファジアジン: [なし ・ あり] ピリメタン: [なし ・ あり]										
	ロイコボリン: [なし ・ あり] ステロイド薬: [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()										

告示番号	42	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〉	3/3
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