

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 (継続申請用)	1/2
病名	91 先天性トキソプラズマ感染症				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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
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): ( )					
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		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): ( )					
	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): ( )					
	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 ] ビリメタン: [ 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 ( )
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