

告示番号		45		神経・筋疾患										平成()年度 小児慢性特定疾病 医療意見書									
受給者番号 ()										新規登録 () 継続 () 転入 (転出地:)													
患者		ふりがな 氏名								男・女		生年月日		平成 年 月 日 (満 歳)									
出生都道府県※1								出生体重				g				出生週数		在胎 週					
現在の身長※2				. cm				現在の体重※2				. kg				母の生年月日		昭和 平成 年 月 日					
発病		年 月 頃								初診日		年 月 日											
大分類病名		23		先天性感染症								細分類病名		60		先天性ヘルペスウイルス感染症							
1.臨床所見																							
現在の 症 状		該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 頭囲の異常 (なし ・ あり) 頭囲 () cm 皮膚病変 (なし ・ あり → 水疱 ・ 瘢痕 ・ その他 ()) 眼病変 (なし ・ あり → 網膜炎 ・ 角膜炎 ・ 小眼球) 発症までの時間 出生から () 時間 血小板減少 (なし ・ あり → 血小板数 () ×10 ⁴ /μL) 肝病変 (なし ・ あり → 肝脾腫 ・ 肝障害) 骨病変 (なし ・ あり → 詳細:) けいれん発作 (なし ・ あり)																					
2.検査所見																							
主 な 診 断 の 根 拠 と な っ た 検 査 等 の 結 果		該当するものに○をつけ、必要な場合には () 内に記載 単純ヘルペスウイルス遺伝子の検出 検査年齢 () 歳 方法 () 所見 () 単純ヘルペスウイルス血清抗体 検査年齢 () 歳 方法 () 所見 () 頭部CT (未実施 ・ 実施 → 脳破壊 ・ 水頭症 ・ その他 ()) 頭部MRI (未実施 ・ 実施 → 脳破壊 ・ 信号異常 ・ その他 ()) その他の特殊検査 検査名 () 所見 ()																					
3.その他の所見																							
その他の 現在の 所見など		合併症 (なし ・ あり → 詳細:)																					
4.経 過																							
現在の 治療		該当する治療法を選択 (抗ウイルス薬 (アシクロビル) 治療 ・ 補助呼吸療法 ・ 人工呼吸療法)																					
過去の主 な治療・ 検査など																							
5.今後の療法方針																							
就学・就労		1. 就学前 2. 小中学校 (通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校 (小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学 (短期大学を含む) 6. 就労 (就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ()																					
現状評価		一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明																					
治療見込期間		入院		年 月 日		から		年 月 日		まで													
		通院		年 月 日		から		年 月 日		まで		(月 回)											
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。																							
医療機関名 および 所在地										科 印													
平成 年 月 日										医師名													
小児慢性特定疾病指定医番号																							