

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〉		1/2	
病名		66 先天性ヘルペスウイルス感染症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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		治癒 ・ 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													
発症時期		出生から発症までの時間：() 時間											
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] 水頭症：[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] 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] 詳細：()											
	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]											
	皮膚・粘膜	水疱：[なし ・ あり] 瘢痕：[なし ・ あり] 口内疹：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	小眼球：[なし ・ あり] 網脈絡膜炎：[なし ・ あり] 角膜炎：[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													
発症時期		出生から発症までの時間：() 時間											
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] 水頭症：[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] 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] 詳細：()											
	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]											
	皮膚・粘膜	水疱：[なし ・ あり] 瘢痕：[なし ・ あり] 口内疹：[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他)：()											
	眼	小眼球：[なし ・ あり] 網脈絡膜炎：[なし ・ あり] 角膜炎：[なし ・ あり]											
その他	症状 (その他)：()												

受給者番号（		）		患者氏名（		）															
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〉		2/2									
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 ⁴ /μL																			
感染症免疫学的検査		単純ヘルペスウイルスIgG（EIA）：（）・未実施		実施日：（		年		月		日）											
		単純ヘルペスウイルスIgM（EIA）：（）・未実施		実施日：（		年		月		日）											
		単純ヘルペスウイルスDNA（PCR）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（		年		月		日）											
		検体採取部位：（												）							
		所見：（												）							
画像検査		CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（		年		月		日）											
		部位：（												）							
		脳破壊：[なし ・ あり]		水頭症：[なし ・ あり]								脳内石灰化：[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）											
		脳破壊：[なし ・ あり]		信号異常：[なし ・ あり]																	
		所見（その他）：（												）							
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																			
感染症免疫学的検査		単純ヘルペスウイルスIgG（EIA）：（）・未実施		実施日：（		年		月		日）											
		単純ヘルペスウイルスIgM（EIA）：（）・未実施		実施日：（		年		月		日）											
		単純ヘルペスウイルスDNA（PCR）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（		年		月		日）											
		検体採取部位：（												）							
		所見：（												）							
画像検査		CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（		年		月		日）											
		部位：（												）							
		脳破壊：[なし ・ あり]		水頭症：[なし ・ あり]								脳内石灰化：[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）											
		脳破壊：[なし ・ あり]		信号異常：[なし ・ あり]																	
		所見（その他）：（												）							
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		抗ウイルス薬（アシクロビル）治療：[なし ・ あり]																			
		薬物療法（その他）：（												）							
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]																	
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	
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							
医療機関住所								診療科													
								医師名						(印)							
								小児慢性特定疾病 指定医番号（						）							