

告示番号		40		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		68 先天性サイトメガロウイルス感染症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血小板数 : () × 10 ⁴ / μ L AST : () U/L				血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL ALT : () U/L				血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL 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)							
		サイトメガロウイルスIgM (EIA) : () ・ 未実施				実施日 : (年 月 日)							
	血液	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)							
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)								
	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)				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) : ()											
		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 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	40	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〉										2/2
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] パルガンシクロビル : [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											
医療機関・医師署名												
上記の通り診断します。												
<div> <div>医療機関名</div> <div>記載年月日</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div> <div>医療機関住所</div> <div>診療科</div> <div>医師名</div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号 ()</div> <div>(印)</div> </div>												