

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（継続申請用）		1/2	
病名		89 先天性風疹症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 (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	全身	低身長 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり]											
	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]											
		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) : ()											
		消化器											
		肝機能障害 : [なし ・ あり] 肝腫大 : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり]											
	眼	小眼球 : [なし ・ あり] 白内障 : [なし ・ あり] 網膜症 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
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											
生理機能検査		脳波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		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		風疹ウイルスIgG (EIA) : () ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) 風疹ウイルスIgM (EIA) : () ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)											
		風疹ウイルスRNA (PCR) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検体採取部位 : () 所見 : ()											
		ウイルス分離 (単純ヘルペスウイルス) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検体採取部位 : () 所見 : ()											
画像検査		超音波検査 (心臓) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CT 検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		MRI 検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
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	動脈管開存症：[なし ・ あり] 心室中隔欠損症：[なし ・ あり] 先天性心疾患（その他）：() 合併症（その他）：()
-----	--

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	強心薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] 薬物療法（その他）：()
------	---

リハビリテーション	補装具の使用：補聴器：[なし ・ あり]
-----------	------------------------

[illegible]

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()