

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		66 先天性ヘルペスウイルス感染症								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													
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 ] 頭囲：( )cm 頭囲SD：( ) 水頭症：[ なし ・ あり ]											
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)：( )											
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											
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：( )											
		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		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)：( )											

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〈継続申請用〉										2/2
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。																
<div> <div>医療機関名</div> <div>記載年月日      年      月      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> <div>(印)</div>																