

病名	70 先天性風疹症候群					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									
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):()								
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(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								
生理機能検査	脳波検査:[未実施・実施]				実施日:(年 月 日)				
	所見:()								
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	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:()
画像検査	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:()
	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:()
発達・知能指数検査	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 : [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) : ()

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
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:()
画像検査	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:()
	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:()
発達・知能指数検査	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 : [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]
手術	白内障手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:()年()月()日 術式:() 所見:()
	人工内耳手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:()年()月()日 術式:() 所見:()
	心臓外科手術 : [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。

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 ()