

病名	70 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 /μL									
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施]					実施日:()年()月()日				
	所見:()									
感染症免疫学的 検査	聴性脳幹反応(ABR)検査: [未実施・実施]					実施日:()年()月()日				
	所見:()									
	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				
画像検査	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				
発達・知能指数検査	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:()									
検査所見(その他)	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				
検査所見(その他)	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()月()日				
	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): ()										

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 ()			