

病名	<b>71 先天性サイトメガロウイルス感染症</b>					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	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: ( ) $\times 10^4/\mu\text{L}$ 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 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 ) 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 )			
	血液	サイトメガロウイルスIgM(EIA):( )・未実施 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 ) 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 )			
	髄液	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 )			
画像検査	超音波検査(頭部): [ 未実施・実施 ] 実施日:( )年 月 日 ) 脳室拡大: [ なし・あり ] 脳室内石灰化: [ なし・あり ] 水頭症: [ 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:( )							

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 ] バルガンシクロビル: [ 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 ( )

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 ( )