

病名	72 先天性トキソプラズマ感染症					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	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 心筋炎: [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] 小眼球: [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: ()×10 ⁴ /μL 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	トキソプラズマIgM(ELISA): ()・未実施 実施日:()年()月()日 トキソプラズマIgG(ELISA): ()・未実施 実施日:()年()月()日								
		血液	トキソプラズマIgM(ELISA): ()・未実施 実施日:()年()月()日 トキソプラズマIgG(ELISA): ()・未実施 実施日:()年()月()日 トキソプラズマDNA(PCR): [陰性・陽性・不明] 実施日:()年()月()日							
	髄液		トキソプラズマDNA(PCR): [陰性・陽性・不明] 実施日:()年()月()日							
	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] 小脳症: [なし・あり] 所見(その他):()									
画像検査	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] 小脳症: [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] 小脳症: [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()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)	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	先天性心疾患: [なし ・ あり] 詳細: () 合併症 (その他): ()
-----	--

母体初感染の根拠	母体トキソプラズマIgM抗体が陽性: [なし ・ あり] 母体トキソプラズマIgG抗体価高値かつIgG avidity低値: [なし ・ あり] 母体トキソプラズマIgG抗体の陰性から陽性への転化: [なし ・ あり]
----------	--

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] スルファジアジン: [なし ・ あり] ピリメタン: [なし ・ あり] ロイコボリン: [なし ・ あり] ステロイド薬: [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	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 ()			