

告示番号		44		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	88 先天性ヘルペスウイルス感染症								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													
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] 水頭症:[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] 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] 癬痕:[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):()											
	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] 水頭症:[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] 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] 癬痕:[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):()											

告示番号 **44** 神経・筋疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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
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: ()
	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): ()
画像検査	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): ()
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
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: ()
	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): ()
画像検査	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): ()
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。	
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()