

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 (継続申請用)		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"/> 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			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													
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] 頭囲:()cm 頭囲SD:() 水頭症:[なし・あり]												
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] 癩痕:[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):()											
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:()												
画像検査	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):()												
	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):()												

