

| 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<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |     |  |
| 受給者番号                    |   |  | 受診日       | 年 月 日              |             |                      |   |                   |       |  |  |     |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |   |  |           |                    |             |                      | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)   |           |                    | 体重<br>(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)・<br>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・<br>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 ]<br>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 ]<br>痙攣:[ なし・あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>発達障害(その他):( ) |           |                    |             |                      |   |                   |       |  |  |     |  |
|                          | 呼吸器・循環器   | 呼吸障害:[ なし・あり ]<br>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 ]<br>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:( ) $\times 10^4/\mu\text{L}$  |  |           |                    |             |                      |   |                   |       |  |  |     |  |
| 感染症免疫学的<br>検査            | 単純ヘルペスウイルスIgG(EIA):( )・未実施 実施日:( 年 月 日 )<br>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 )<br>検体採取部位:( )<br>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 )<br>検体採取部位:( )<br>所見:( )   |  |           |                    |             |                      |   |                   |       |  |  |     |  |
| 画像検査                     | CT検査(頭部):[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>部位:( )<br>脳破壊:[ なし・あり ] 水頭症:[ なし・あり ] 脳内石灰化:[ なし・あり ]<br>所見(その他):( )                         |  |           |                    |             |                      |   |                   |       |  |  |     |  |
|                          | MRI検査(頭部):[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>脳破壊:[ なし・あり ] 信号異常:[ なし・あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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：( )<br>治療見込み期間 (入院) 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 )<br>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 ( |   |   | ) |