

告示番号 43		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	89 先天性風疹症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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	全身	低身長 (-1.5SD以下): [なし ・ あり]					
	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]					
		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): ()					
	消化器	肝機能障害: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]	
	眼	小眼球: [なし ・ あり]		白内障: [なし ・ あり]		網膜症: [なし ・ あり]	
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし ・ あり] 詳細: ()						
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: () $\times 10^4/\mu\text{L}$						
生理機能検査	脳液検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見: ()						
感染症免疫学的検査	聴性脳幹反応 (ABR) 検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見: ()						
	風疹ウイルスIgG (EIA): () ・ 未実施			実施日: (年 月 日)			
	風疹ウイルスIgM (EIA): () ・ 未実施			実施日: (年 月 日)			
画像検査	風疹ウイルスRNA (PCR): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	検体採取部位: ()						
	所見: ()						
画像検査	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	超音波検査 (心臓): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見: ()						
	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
画像検査	所見: ()						
	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見: ()						
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]						
検査所見 (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	動脈管開存症: [なし ・ あり] 心室中隔欠損症: [なし ・ あり] 先天性心疾患 (その他): () 合併症 (その他): ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	強心薬: [なし ・ あり] 利尿薬: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()
リハビリテーション	補装具の使用: 補聴器: [なし ・ あり]
手術	白内障手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()
	人工内耳手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()
	心臓外科手術: [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
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 ()
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日