

告示番号		41		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	90 先天性サイトメガロウイルス感染症										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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	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													
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	呼吸障害:[ 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 ] 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):( )												
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	呼吸障害:[ 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 ] 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(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 <sup>4</sup> /μL			血清総ビリルビン(T-Bil):( )mg/dL			血清直接ビリルビン(D-Bil):( )mg/dL						
	AST:( )U/L			ALT:( )U/L			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	サイトメガロウイルスIgM(EIA):( )・未実施					実施日:( 年 月 日 )						
		サイトメガロウイルスDNA(PCR):[ 未実施・陰性・陽性・不明 ]					実施日:( 年 月 日 )						
	尿	サイトメガロウイルスDNA(PCR):[ 未実施・陰性・陽性・不明 ]					実施日:( 年 月 日 )						
	血液	サイトメガロウイルスIgM(EIA):( )・未実施					実施日:( 年 月 日 )						
		サイトメガロウイルスDNA(PCR):[ 未実施・陰性・陽性・不明 ]					実施日:( 年 月 日 )						
唾液	サイトメガロウイルスDNA(PCR):[ 未実施・陰性・陽性・不明 ]					実施日:( 年 月 日 )							
髄液	サイトメガロウイルスDNA(PCR):[ 未実施・陰性・陽性・不明 ]					実施日:( 年 月 日 )							

告示番号 **41** 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**

画像検査	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 ]	所見 (その他): ( )	
	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 ]	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 ]		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 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 ]	検査名 (その他): ( )	DQまたはIQ値: ( )	
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 <sup>4</sup> / μL	血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( ) mg/dL	AST: ( ) U/L	ALT: ( ) U/L	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	サイトメガロウイルスIgM (EIA): ( ) ・ 未実施	実施日: ( 年 月 日 )	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	尿	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
	血液	サイトメガロウイルスIgM (EIA): ( ) ・ 未実施	実施日: ( 年 月 日 )	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	唾液	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
	髄液	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
画像検査	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 ]	所見 (その他): ( )	
	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 ]	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 ]	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 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	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	抗てんかん薬: [ なし ・ あり ]	ガンシクロビル: [ なし ・ あり ]	バルガンシクロビル: [ 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						