

告示番号		42		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	91 先天性トキソプラズマ感染症										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	心筋炎:[ 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 ] 小眼球:[ 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	心筋炎:[ 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 ] 小眼球:[ 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												
感染症免疫学的検査	臍帯血	トキソプラズマIgM(ELISA):( )・未実施 実施日:( )年( )月( )日											
		トキソプラズマIgG(ELISA):( )・未実施 実施日:( )年( )月( )日											
	血液	トキソプラズマIgM(ELISA):( )・未実施 実施日:( )年( )月( )日											
		トキソプラズマIgG(ELISA):( )・未実施 実施日:( )年( )月( )日											
トキソプラズマDNA(PCR):[ 陰性・陽性・不明 ] 実施日:( )年( )月( )日													
トキソプラズマDNA(PCR):[ 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 ]			小脳症:[ なし・あり ]			
	所見(その他):( )												

告示番号		42		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	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 ]		小脳症 : [ なし ・ あり ]		
	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 ]		小脳症 : [ 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	トキソプラズマIgM (ELISA) : ( ) ・ 未実施	実施日 : ( 年 月 日 )		トキソプラズマIgG (ELISA) : ( ) ・ 未実施		実施日 : ( 年 月 日 )					
		トキソプラズマIgM (ELISA) : ( ) ・ 未実施	実施日 : ( 年 月 日 )		トキソプラズマIgG (ELISA) : ( ) ・ 未実施		実施日 : ( 年 月 日 )					
	血液	トキソプラズマIgM (ELISA) : ( ) ・ 未実施	実施日 : ( 年 月 日 )		トキソプラズマIgG (ELISA) : ( ) ・ 未実施		実施日 : ( 年 月 日 )					
		トキソプラズマDNA (PCR) : [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	実施日 : ( 年 月 日 )									
髄液	トキソプラズマDNA (PCR) : [ 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 ]		小脳症 : [ なし ・ あり ]		
	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 ]		小脳症 : [ なし ・ あり ]		
	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 ]		小脳症 : [ 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	先天性心疾患 : [ なし ・ あり ]	詳細 : ( ) 合併症 (その他) : ( )										
母体初感染の根拠	母体トキソプラズマIgM抗体が陽性 : [ なし ・ あり ]				母体トキソプラズマIgG抗体価高値かつIgG avidity低値 : [ なし ・ あり ] 母体トキソプラズマIgG抗体の陰性から陽性への転化 : [ なし ・ あり ]							
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 ]	スルファジアジン : [ なし ・ あり ]		ピリメタン : [ なし ・ あり ]		ロイコボリン : [ なし ・ あり ]		ステロイド薬 : [ 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 ( )						