告示番号 45 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	96 先天性トキソプラズマ感染症	受付種別	□ 継続 転出実施主体名 □ 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 (ー) 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) 年 月 日	体重 (測定日)	kg (SD) 年 月 日	BMI 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	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 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査		血小板数 : ( )×10⁴/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)
	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] 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] 小脳症 : [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] 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) : ( )

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 45　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〉　2/2

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
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（就労中の就労も含む） ・ 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