

告示番号		47		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		93 先天性ヘルペスウイルス感染症								受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>			
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				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)													
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] 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] 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] 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] 瘢痕: [なし ・ あり] 口内疹: [なし ・ あり] 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: () × 10 ⁴ /μL													
感染症免疫学的 検査		単純ヘルペスウイルスIgG (EIA): () ・ 未実施 実施日: (年 月 日) 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) 検体採取部位: () 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) 検体採取部位: () 所見: ()													
画像検査		CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 脳破壊: [なし ・ あり] 水頭症: [なし ・ あり] 脳内石灰化: [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) 脳破壊: [なし ・ あり] 信号異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()													
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()													

受給者番号（

）

患者氏名（

）

2025a-001

告示番号	47	神経・筋疾患	（ <div>）</div>	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	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（ <div>）</div>					
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] 薬物療法（その他）：（ <div>）</div>					
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[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] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]					
治療	治療（その他）：（ <div>）</div>					
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div>）</div>					
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> ） 終了日：（ <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> ）					
	治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> ） 終了日：（ <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> ） 通院頻度：（ <div>）</div> 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（ <div>）</div>					
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		（ <div>）</div>		

・ 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（ <div>）</div> 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（ <div>）</div> 被保険者記号（ <div>）</div> 被保険者番号（ <div>）</div> 被保険者個人単位枝番（ <div>）</div> 資格取得年月日 年 月 日