

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		69 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 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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		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 ⁴ /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) 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) : ()										

受給者番号() 患者氏名()

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			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：〔 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 ⁴ /μL AST：（ ）U/L				血清総ビリルビン（T-Bil）：（ ）mg/dL ALT：（ ）U/L		血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ ）mg/dL 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：〔 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（ ）			(印)			