

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〈継続申請用〉		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血小板数 : ( ) ×10 <sup>4</sup> /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 )							
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	41	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						
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	(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号	( )		