

告示番号		44		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 先天性ヘルペスウイルス感染症								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													
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] 水頭症：[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] 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)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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] 水頭症：[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] 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)：()											

受給者番号（ <div></div> ）										患者氏名（ <div></div> ）																	
告示番号		44		神経・筋疾患（ <div></div> ）										年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										2/2	
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：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL																									
感染症免疫学的検査		単純ヘルペスウイルスIgG（EIA）：（ <div></div> ）・未実施 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 単純ヘルペスウイルスIgM（EIA）：（ <div></div> ）・未実施 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）																									
		単純ヘルペスウイルスDNA（PCR）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 検体採取部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）																									
		ウイルス分離（単純ヘルペスウイルス）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 検体採取部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）																									
画像検査		CT検査（頭部）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 部位：（ <div></div> ） 脳破壊：[<div></div> なし <div></div> あり] 水頭症：[<div></div> なし <div></div> あり] 脳内石灰化：[<div></div> なし <div></div> あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）																									
		MRI検査（頭部）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 脳破壊：[<div></div> なし <div></div> あり] 信号異常：[<div></div> なし <div></div> あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）																									
検査所見（その他）		検査所見（その他）：（ <div></div> ）																									
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																											
血液検査		血小板数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL																									
感染症免疫学的検査		単純ヘルペスウイルスIgG（EIA）：（ <div></div> ）・未実施 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 単純ヘルペスウイルスIgM（EIA）：（ <div></div> ）・未実施 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）																									
		単純ヘルペスウイルスDNA（PCR）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 検体採取部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）																									
		ウイルス分離（単純ヘルペスウイルス）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 検体採取部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）																									
画像検査		CT検査（頭部）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 部位：（ <div></div> ） 脳破壊：[<div></div> なし <div></div> あり] 水頭症：[<div></div> なし <div></div> あり] 脳内石灰化：[<div></div> なし <div></div> あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）																									
		MRI検査（頭部）：[<div></div> 未実施 <div></div> 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 脳破壊：[<div></div> なし <div></div> あり] 信号異常：[<div></div> なし <div></div> あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）																									
検査所見（その他）		検査所見（その他）：（ <div></div> ）																									
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載																											
合併症		合併症：[<div></div> なし <div></div> 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：[<div></div> なし <div></div> あり] 薬物療法（その他）：（ <div></div> ）																									
呼吸管理		酸素療法：[<div></div> なし <div></div> あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[<div></div> なし <div></div> あり] 気管切開管理：[<div></div> なし <div></div> あり] 気管挿管：[<div></div> なし <div></div> あり] 人工呼吸管理：[<div></div> なし <div></div> 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></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度：（ <div></div> ）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												（ <div></div> ）					