

告示番号		42		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		72 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 <sup>4</sup> /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		42	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 <sup>4</sup> /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									
			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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						