

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		91 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 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): ()											
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): ()											

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			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）			