

病名		96 先天性トキソプラズマ感染症										受付種別		☐ 継続 ☐ 転入 → ()		転出実施主体名 ()	
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 (ー) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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				
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																	
最終受診日		(年 月 日)															
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 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（）

2025a-001

告示番号

45

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抗体の陰性から陽性への転化：[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]

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]
ロイコボリン：[なし ・ あり]
薬物療法（その他）：（）
スルファジアジン：[なし ・ あり]
ステロイド薬：[なし ・ あり]
ピリメタン：[なし ・ あり]

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]
気管挿管：[なし ・ あり]
非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり]
人工呼吸管理：[なし ・ あり]
気管切開管理：[なし ・ あり]

手術

手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
術式：（）
所見：（）
実施日：（年月日）

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

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（）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無

受給者番号

階層区分

保険情報

年

月

日

[認定 ・ 不認定]

[有 ・ 無]

受給者番号（）有効期限

年

月

日

[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保険者番号（）被保険者記号（）
被保険者番号（）被保険者個人単位枝番（）
資格取得年月日