

告示番号		32		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2			
病名		16 急速進行性糸球体腎炎（多発血管炎性肉芽腫症によるものに限る。）								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)		年		月		日		体重 (測定日)			
												kg (SD)		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 (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		血圧：実施日：(年 月 日)						収縮期：()mmHg		拡張期：()mmHg					
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]													
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり]		浮腫：[なし ・ あり]		発熱：[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]		蛋白尿：[なし ・ あり]		腎機能低下：[なし ・ あり]									
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり]		咳嗽：[なし ・ あり]		血痰・咯血：[なし ・ あり]		肺胞出血：[なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]		関節痛：[なし ・ あり]		筋炎：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]							
	消化器	消化管出血：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]		神経炎 (感覚障害)：[なし ・ あり]		神経炎 (運動障害)：[なし ・ あり]									
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]		中耳炎：[なし ・ あり]		鞍鼻：[なし ・ あり]									
	眼	視力障害：[なし ・ あり]		強膜炎：[なし ・ あり]											
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である]														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日)						収縮期：()mmHg		拡張期：()mmHg					
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]													
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり]		浮腫：[なし ・ あり]		発熱：[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]		蛋白尿：[なし ・ あり]		腎機能低下：[なし ・ あり]									
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり]		咳嗽：[なし ・ あり]		血痰・咯血：[なし ・ あり]		肺胞出血：[なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]		口腔内潰瘍：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり]		関節痛：[なし ・ あり]		筋炎：[なし ・ あり]		筋痛：[なし ・ あり]							
	消化器	消化管出血：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]		神経炎 (感覚障害)：[なし ・ あり]		神経炎 (運動障害)：[なし ・ あり]									
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]		中耳炎：[なし ・ あり]		鞍鼻：[なし ・ あり]									
	眼	視力障害：[なし ・ あり]		強膜炎：[なし ・ あり]											
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である]														
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															
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]						赤血球数：() 個／視野		蛋白尿：[なし ・ あり]					
		尿中蛋白量：()mg/dL						尿蛋白量／尿中クレアチニン比：()		尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L ・ 未実施					
血液検査		白血球数：()/μL				血清総蛋白：()g/dL				血清アルブミン：()g/dL					
		BUN：()mg/dL				血清クレアチニン：()mg/dL				血清シスタチンC：()mg/L ・ 未実施					
		総コレステロール：()mg/dL				CRP：()mg/dL				C3：()mg/dL					
		抗核抗体：()倍 ・ 未実施				抗dsDNA抗体：()IU/mL ・ 未実施				MPO-ANCA：()IU/mL ・ 未実施					
		PR3-ANCA：()IU/mL ・ 未実施				抗基底膜抗体：()IU/mL ・ 未実施									
生理機能検査		心電図検査：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		所見：()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	32	慢性腎疾患（ ）	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	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	単純X線検査（胸部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
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					
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：（ ）個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：（ ）mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（ ） 尿中β ₂ ミクログロブリン：（ ）μg/L・未実施				
血液検査	白血球数：（ ）/μL 血清総蛋白：（ ）g/dL 血清アルブミン：（ ）g/dL BUN：（ ）mg/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL 血清シスタチンC：（ ）mg/L・未実施 総コレステロール：（ ）mg/dL CRP：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 MPO-ANCA：（ ）IU/mL・未実施 PR3-ANCA：（ ）IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：（ ）IU/mL・未実施				
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	単純X線検査（胸部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
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	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（ ）				
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）				
経過（申請時） ※直近の状況を記載					
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]				
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]				
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]				
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 先行的腎移植：[なし ・ あり] 生体腎移植：[なし ・ あり]				
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				
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E] 成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]				
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 （ ）					