

告示番号		42		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		14 ループス腎炎						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) 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 (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：()mmH											
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]			漿膜炎：[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] 間質性肺炎：[なし ・ あり]			血痰・咯血：[なし ・ あり]			肺胞出血：[なし ・ あり]			動静脈血栓症：[なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]			頬部紅斑：[なし ・ あり] デイスコイド疹：[なし ・ あり]			光線過敏：[なし ・ あり]			脱毛：[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	腹痛：[なし ・ あり]			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]					
	眼	視力障害：[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] 症状 (その他)：()											
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]			漿膜炎：[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] 間質性肺炎：[なし ・ あり]			血痰・咯血：[なし ・ あり]			肺胞出血：[なし ・ あり]			動静脈血栓症：[なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]			頬部紅斑：[なし ・ あり] デイスコイド疹：[なし ・ あり]			光線過敏：[なし ・ あり]			脱毛：[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	腹痛：[なし ・ あり]			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]					
	眼	視力障害：[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] 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													
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		リンパ球：()%		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL		血小板数：()×10 ⁴ /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									
		C3：()mg/dL		C4：()mg/dL		CH50：()U/mL		抗核抗体：()倍 ・ 未実施					
		抗dsDNA抗体：()IU/mL ・ 未実施		抗基底膜抗体：()IU/mL ・ 未実施		抗SS-A (／Ro) 抗体：()U/mL ・ 未実施							
		抗SS-B (／La) 抗体：()U/mL ・ 未実施		抗U1-RNP抗体：()U/mL ・ 未実施		抗Sm抗体：()U/mL ・ 未実施							
		抗CL β ₂ GP1抗体：()U/mL ・ 未実施		ADAMTS13活性：()%		血清梅毒反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]							
		ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		42		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	
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：（ ）													
		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 所見：（ ）													
		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 リンパ球：（ ）% ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /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 C3：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL CH50：（ ）U/mL 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：（ ）IU/mL・未実施 抗核抗体：（ ）倍・未実施 抗SS-B（／La）抗体：（ ）U/mL・未実施 抗U1-RNP抗体：（ ）U/mL・未実施 抗SS-A（／Ro）抗体：（ ）U/mL・未実施 抗CLβ ₂ GP1抗体：（ ）U/mL・未実施 ADAMTS13活性：（ ）% 抗Sm抗体：（ ）U/mL・未実施 ルーブスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 血清梅毒反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]													
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：（ ）													
		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 所見：（ ）													
		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：（ ）													
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）													
既往歴		血栓症：[なし ・ あり]													
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 （ ）															