

告示番号		1		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2							
病名		24 アミロイド腎										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)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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		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 ] 体重減少：[ なし ・ あり ] リンパ節腫脹：[ 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 ]																			
	筋・骨格	手根管症候群：[ なし ・ あり ]																			
	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 肝腫大：[ なし ・ あり ] 吸収不良症候群：[ なし ・ あり ]																			
	精神・神経	感覚運動神経障害：[ なし ・ あり ] 自律神経障害：[ なし ・ あり ]																			
	その他	巨舌：[ なし ・ あり ] 症状 (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 <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L・未実施 尿中ベンズジョンス蛋白 (BJP)：[ なし ・ あり ・ 未実施 ]																			
血液検査		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 CRP：( )mg/dL 血中M蛋白：[ なし ・ あり ]																			
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：( )																			
		超音波検査 (心臓)：[ 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：( )																			
病理検査		腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			
眼科学的検査		眼科学的検査：[ 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)：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	1	慢性腎疾患 ( ) 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	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載												
臨床経過	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      )											
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。												
<div> <div>医療機関名</div> <div>記載年月日</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> </div> <div> <div>医療機関住所</div> <div>診療科</div> <div>医師名</div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )</div> <div>(印)</div> </div>												