

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	8 IgA腎症					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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		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 ]					
	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 ]		感冒時肉眼的血尿:[ 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 ]					
	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 ]		感冒時肉眼的血尿:[ 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・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						
	総コレステロール:( )mg/dL		C3:( )mg/dL						
	抗核抗体:( )倍・未実施		抗dsDNA抗体:( )IU/mL・未実施		血清IgA:( )mg/dL				
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:( )								
病理検査	腎生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )						
	初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた:[ なし・あり・不明 ]								
	初回腎生検で20%以上に半月体を認めた:[ なし・あり・不明 ]								
	所見(その他):( )								
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 <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・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						
	総コレステロール:( )mg/dL		C3:( )mg/dL						
	抗核抗体:( )倍・未実施		抗dsDNA抗体:( )IU/mL・未実施		血清IgA:( )mg/dL				

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:( )		
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 初回腎生検で20%以上に半月体を認めた:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 所見 (その他):( )		
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:( )		
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を認めない:[ いいえ ・ はい ] 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 ] IgA腎症と診断したが、後に紫斑病様の紫斑が出現した:[ なし ・ あり ]		
薬物療法	ステロイド薬:[ なし ・ あり ] 抗凝固薬:[ なし ・ あり ] 降圧薬:[ なし ・ あり ]	免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 抗血小板薬:[ なし ・ あり ]	生物学的製剤:[ なし ・ あり ] アルブミン製剤:[ 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 ]		
手術	扁桃摘出術:[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日:( 年 月 日 )		
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		