

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|-----------------|---------------------------------------|---|-----------------------------|----------------------|--|
| 病名 | 10 紫斑病性腎炎 | | | | | 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) | | 体重 (測定日) | kg (SD) | | BMI | | |
| | | 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] | |
| | 皮膚・粘膜 | 紫斑:[なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節炎:[なし ・ あり] | | 関節痛:[なし ・ あり] | | | | | |
| | 消化器 | 腹痛:[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] | |
| | 皮膚・粘膜 | 紫斑:[なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節炎:[なし ・ あり] | | 関節痛:[なし ・ あり] | | | | | |
| | 消化器 | 腹痛:[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] | | |
| 血液検査 | 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) 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] 尿中蛋白量: ()mg/dL | 赤血球数: () 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: () | 蛋白尿: [なし ・ あり] 尿中β ₂ ミクログロブリン: ()μg/L・未実施 |
| 血液検査 | 血清総蛋白: ()g/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 総コレステロール: ()mg/dL 抗核抗体: ()倍・未実施 | 血清アルブミン: ()g/dL 血清シスタチンC: ()mg/L・未実施 C3: ()mg/dL 抗dsDNA抗体: ()IU/mL・未実施 | BUN: ()mg/dL 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) 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: () |
|-----|-----------------------------|

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: [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] 発症から2か月以上の紫斑の遷延: [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] 第13因子製剤: [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] 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 血漿交換療法: [未実施 ・ 実施] | 導入年月: (年 月) | 導入年月: (年 月) |
| 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] 先行的腎移植: [なし ・ あり] | 実施日: (年 月 日) | 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 () | | |