

告示番号		37		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	11 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		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]				
	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	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] 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	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)：()
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] 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] 第13因子製剤：[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 ()