

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 (継続申請用)		1/2		
病名	11 紫斑病性腎炎					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			
	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 (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 ] 感時時肉眼的血尿：[ 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 (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									
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 ]									

告示番号 <b>37</b> 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
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 ( )	