

告示番号		36		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	12 抗糸球体基底膜腎炎 (グッドパスチャー (Goodpasture) 症候群)					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]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]			血痰・咯血:[なし・あり]		肺泡出血:[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]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]			血痰・咯血:[なし・あり]		肺泡出血:[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					
	MPO-ANCA:()IU/mL・未実施		PR3-ANCA:()IU/mL・未実施		抗基底膜抗体:()IU/mL・未実施					
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:()					
	CTまたはMRI検査:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()					
	画像検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		検査名:() 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 C3：()mg/dL MPO-ANCA：()IU/mL・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 抗核抗体：()倍・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施	BUN：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：()IU/mL・未実施
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：()		
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()		
	画像検査 (胸部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 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]
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]
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 ()		