

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 (継続申請用)		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"/> 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 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]	
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]		血痰・咯血:[なし・あり]		肺胞出血:[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]					
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		
	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):()						
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:[なし・あり] 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]		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]						

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 ()