

病名	14 ループス腎炎					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 ]		発熱: [ なし ・ あり ]		漿膜炎: [ 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 ]		動静脈血栓症: [ なし ・ あり ]		
	皮膚・粘膜	紫斑: [ なし ・ あり ]		頬部紅斑: [ なし ・ あり ]		光線過敏: [ なし ・ あり ]		脱毛: [ なし ・ あり ]		
		口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]		ディスクロイド疹: [ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	関節炎: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]		筋炎: [ なし ・ あり ]		筋痛: [ なし ・ あり ]		
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]		神経炎 ( 感覚障害 ): [ なし ・ あり ]		神経炎 ( 運動障害 ): [ なし ・ あり ]				
眼	視力障害: [ 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 ]		発熱: [ なし ・ あり ]		漿膜炎: [ 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 ]		動静脈血栓症: [ なし ・ あり ]		
	皮膚・粘膜	紫斑: [ なし ・ あり ]		頬部紅斑: [ なし ・ あり ]		光線過敏: [ なし ・ あり ]		脱毛: [ なし ・ あり ]		
		口腔内潰瘍: [ なし ・ あり ]		ディスクロイド疹: [ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	関節炎: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]		筋炎: [ なし ・ あり ]		筋痛: [ なし ・ あり ]		
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]		神経炎 ( 感覚障害 ): [ なし ・ あり ]		神経炎 ( 運動障害 ): [ なし ・ あり ]				
眼	視力障害: [ 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン: ( ) μg/L ・ 未実施					
血液検査	白血球数: ( ) /μL		リンパ球: ( ) %		ヘモグロビン ( Hb ): ( ) g/dL		血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> / μL			
	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		C4: ( ) mg/dL		CH50: ( ) U/mL		抗核抗体: ( ) 倍 ・ 未実施			
	抗dsDNA抗体: ( ) IU/mL ・ 未実施		抗基底膜抗体: ( ) IU/mL ・ 未実施		抗SS-A ( /Ro ) 抗体: ( ) U/mL ・ 未実施					
	抗SS-B ( /La ) 抗体: ( ) U/mL ・ 未実施		抗U1-RNP抗体: ( ) U/mL ・ 未実施		抗Sm抗体: ( ) U/mL ・ 未実施					
	抗CLβ <sub>2</sub> GP1抗体: ( ) U/mL ・ 未実施		ADAMTS13活性: ( ) %		血清梅毒反応: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]					
	ループスアンチコアグラント: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]									

**告示番号 42 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) 2/2**

生理機能検査	心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
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：( )
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	単純X線検査 (胸部)：[ 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：( )
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 <sub>2</sub> ミクログロブリン：( ) μg/L・未実施	
血液検査	白血球数：( ) /μL リンパ球：( ) % ヘモグロビン (Hb)：( ) g/dL 血小板数：( ) ×10 <sup>4</sup> /μL 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 C4：( ) mg/dL CH50：( ) U/mL 抗核抗体：( ) 倍・未実施 抗dsDNA抗体：( ) IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：( ) IU/mL・未実施 抗SS-A (／Ro)抗体：( ) IU/mL・未実施 抗SS-B (／La)抗体：( ) U/mL・未実施 抗U1-RNP抗体：( ) U/mL・未実施 抗Sm抗体：( ) U/mL・未実施 抗CLβ <sub>2</sub> GP1抗体：( ) U/mL・未実施 ADAMTS13活性：( ) % 血清梅毒反応：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] ループスアンチコアグラント：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	
	生理機能検査	心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	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：( )
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
		単純X線検査 (胸部)：[ 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：( )
	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：( )
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )
既往歴	血栓症：[ なし ・ あり ]

**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 ] 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 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )