

病名	14 ループス腎炎					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	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	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 肺出血:[]なし・あり 動脈血栓症:[]なし・あり 間質性肺炎:[]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 ディスコイド疹:[]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(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	白血球数:()/μL リン/球:()% ヘモグロビン(Hb):()g/dL 血小板数:()×10 ⁴ /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 ₂ 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:()											

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 (継続申請用) 2/2

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 ()