

告示番号 **45** 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	15 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]		肺胞出血:[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):()										
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]		肺胞出血:[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(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	白血球数:()/μL		リンパ球:()%		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(γ/Ro)抗体:()U/mL・未実施						
	抗SS-B(γ/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]										

告示番号 **45** 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 ₂ ミクログロブリン: () μg/L・未実施
血液検査	白血球数: () /μL リンパ球: () % 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: () 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 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: ()
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 _____
小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)