

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)	1/3	
病名	15 ループス腎炎				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%	
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	治療 ・ 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							
最終受診日	(年 月 日)						
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]						

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)	2/3
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: () 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: ()				
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] 成長ホルモン治療の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日