

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 (継続申請用)		1/2		
病名	15 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	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	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]		
		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 (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Sm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		血清梅毒反応：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]			
	抗CLβ ₂ GP1抗体：()U/mL・未実施		ADAMTS13活性：()%							
	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 **45** 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：[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 ()