

告示番号		34		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	16 急速進行性糸球体腎炎 (顕微鏡的多発血管炎によるものに限る。)						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		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 ]			
	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 ]		咳嗽:[ なし・あり ]		血痰・咯血:[ なし・あり ]		肺泡出血:[ なし・あり ]	
		間質性肺炎:[ なし・あり ]							
	皮膚・粘膜	紫斑:[ 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	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 ]		強膜炎:[ 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 ]			
	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 ]		咳嗽:[ なし・あり ]		血痰・咯血:[ なし・あり ]		肺泡出血:[ なし・あり ]	
		間質性肺炎:[ なし・あり ]							
	皮膚・粘膜	紫斑:[ 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	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 ]		強膜炎:[ 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):( )								

告示番号 **34** 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**

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 好酸球数：( ) /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 CRP：( ) mg/dL C3：( ) mg/dL 抗核抗体：( ) 倍・未実施 抗dsDNA抗体：( ) IU/mL・未実施 MPO-ANCA：( ) IU/mL・未実施 PR3-ANCA：( ) IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：( ) IU/mL・未実施
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 好酸球数：( ) /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 CRP：( ) mg/dL C3：( ) mg/dL 抗核抗体：( ) 倍・未実施 抗dsDNA抗体：( ) IU/mL・未実施 MPO-ANCA：( ) IU/mL・未実施 PR3-ANCA：( ) IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：( ) IU/mL・未実施
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	気管支喘息：[ なし ・ あり ] 合併症 (その他)：( )
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )

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 ( )