

病名	17 非典型溶血性尿毒症症候群					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 ]		貧血: [ 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 ]		間質性肺炎: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ]		下痢: [ なし ・ あり ]		血便: [ 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 ]							
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 ] 先行感染の有無: [ なし ・ あり ] 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 ]		貧血: [ 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 ]		間質性肺炎: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器	腹痛: [ なし ・ あり ]		下痢: [ なし ・ あり ]		血便: [ 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 ]							
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 <sub>2</sub> ミクログロブリン: ( ) μg/L ・ 未実施				
血液検査	ヘモグロビン ( Hb ): ( ) g/dL		血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> / 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		総ビリルビン: ( ) mg/dL				
	AST: ( ) U/L		LDH: ( ) U/L		抗H因子抗体: ( ) AU/mL ・ 未実施				
	血清ハプトグロビン: ( ) mg/dL ・ 未実施		C3: ( ) mg/dL		CH50: ( ) U/mL				
	抗CL <sub>β</sub> 2GP1抗体: ( ) U/mL ・ 未実施		ADAMTS13活性: ( ) %		ループスアンチコアグulant: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]				
	抗O157抗体 / O157抗原検査: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 詳細: ( )								
	志賀毒素: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 詳細: ( )								
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: ( )								
CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )									
	所見: ( )								

**告示番号 36 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**

細菌検査	便培養：[ 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 ) 末梢血スメアでの破碎赤血球所見：[ なし ・ あり ] 所見：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 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	ヘモグロビン (Hb)：( ) g/dL 血小板数：( ) ×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( ) g/dL 血清アルブミン：( ) mg/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 総ビリルビン：( ) mg/dL AST：( ) U/L LDH：( ) U/L 抗H因子抗体：( ) AU/mL・未実施 血清ハプトグロビン：( ) mg/dL・未実施 C3：( ) mg/dL CH50：( ) U/mL 抗CLβ <sub>2</sub> 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 ] 抗O157抗体/O157抗原検査：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 詳細：( ) 志賀毒素：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 詳細：( )

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：( ) CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
------	---

細菌検査	便培養：[ 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 ) 末梢血スメアでの破碎赤血球所見：[ なし ・ あり ] 所見：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 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 ] HUSの既往：[ なし ・ あり ] 発症前使用薬剤の有無：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
本症の原因	補体制御因子異常：[ なし ・ あり ] 移植関連：[ なし ・ あり ] 肺炎球菌：[ なし ・ あり ] HIV：[ なし ・ あり ] 百日咳：[ なし ・ あり ] コバラミン代謝異常：[ なし ・ あり ] 薬剤性：[ なし ・ あり ] 本症の原因 (その他)：( )

**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 ] 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 ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] エクリズマブ：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 使用中のCH50：[ 正常 ・ やや低下 ・ 感度以下 ]
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 ( )