

病名	17 非典型溶血性尿毒症症候群					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 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)										
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(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	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		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 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]						
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) 末梢血スミ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: [善効 ・ 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 ()