

| 告示番号                     |  | 35                          |                       | 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                       | 17 急速進行性糸球体腎炎 (多発血管炎性肉芽腫症によるものに限る。)  |                             |                       |                        |   | 受付種別                   | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                   |                 |  |
| 受給者番号                    |  | 受診日                         | 年 月 日                 |                        |   |                        |  |                   |                 |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |  |                             |                       |                        | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                        |  |                   |                 |  |
| 生年月日                     | 年 月 日  |                             | 意見書記載時の年齢             |                        | 歳   | か                      | 月  | 日                 | 性別<br>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<br>身長・体重             | 身長<br>(測定日)  | cm ( SD)                    |                       | 体重<br>(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)・<br>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・<br>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 [ ]        |  |                   |                 |  |
|                          | 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・<br>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 [ ]             |                       | 口腔内潰瘍:[ ]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 [ ] |  |                   |                 |  |
|                          | 耳鼻咽喉   | 難聴:[ ]なし・あり [ ]             |                       | 中耳炎:[ ]なし・あり [ ]       |   | 鞍鼻:[ ]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 [ ]<br>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 <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  |                             | 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   |                        |   |                        |  |                   |                 |  |
| 生理機能検査                   | 心電図検査:[ ]未実施・実施 [ ]  |                             | 実施日:( )年( )月( )日 ( )  |                        |   |                        |  |                   |                 |  |
| 画像検査                     | 超音波検査(腎・尿路):[ ]未実施・実施 [ ]  |                             | 実施日:( )年( )月( )日 ( )  |                        |   |                        |  |                   |                 |  |
|                          | 画像検査(腎尿路:超音波以外):[ ]未実施・実施 [ ]  |                             | 実施日:( )年( )月( )日 ( )  |                        |   |                        |  |                   |                 |  |
|                          | 単純X線検査(胸部):[ ]未実施・実施 [ ]   |                             | 実施日:( )年( )月( )日 ( )  |                        |   |                        |  |                   |                 |  |
| 病理検査                     | 腎生検:[ ]未実施・実施 [ ]  |                             | 実施日:( )年( )月( )日 ( )  |                        |   |                        |  |                   |                 |  |

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: ( )

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: [ 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 ( )