

| 告示番号 | | 39 | | 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 | 18 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 | | | |
| | | 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) | | | | | | | | | | | | |
| 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: [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] 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 |
| | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () |