

告示番号 **50** 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	<b>23 慢性尿管間質性腎炎 (尿路奇形が原因のものを除く。)</b>					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				
	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		
	眼	ぶどう膜炎:[ ]なし・あり		虹彩毛様体炎:[ ]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						
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				
	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		
	眼	ぶどう膜炎:[ ]なし・あり		虹彩毛様体炎:[ ]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						
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			
	白血球尿:[ ]なし・あり		白血球数:( )個/視野		尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:( )・未実施			
	尿pH:( )		アミノ酸尿:[ ]なし・あり・未実施					
血液検査	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		血清尿酸:( )mg/dL			
	血清Na:( )mEq/L		血清K:( )mEq/L		血清Cl:( )mEq/L			
	血清Ca:( )mg/dL		血清P:( )mg/dL		血清Mg:( )mg/dL			
	CRP:( )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SS-A( /Ro)抗体:( )IU/mL・未実施			
	抗SS-B( /La)抗体:( )U/mL・未実施							
血液ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施		BE:( )・未実施		anion gap:( )・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							
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[ ]未実施・実施 実施日:( )年( )月( )日							

告示番号 **50** 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**

病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 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 白血球尿: [ なし ・ あり ] 白血球数: ( ) 個/視野 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比: ( ) ・ 未実施 尿pH: ( ) アミノ酸尿: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]		
血液検査	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 血清尿酸: ( ) mg/dL 血清Na: ( ) mEq/L 血清K: ( ) mEq/L 血清Cl: ( ) mEq/L 血清Ca: ( ) mg/dL 血清P: ( ) mg/dL 血清Mg: ( ) mg/dL CRP: ( ) 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SS-A ( /Ro ) 抗体: ( ) U/mL ・ 未実施 抗SS-B ( /La ) 抗体: ( ) U/mL ・ 未実施		
血液ガス分析	pH: ( ) ・ 未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : ( ) ・ 未実施 BE: ( ) ・ 未実施 anion gap: ( ) ・ 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: ( )		
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 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	感染症の合併: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
	TINU症候群: [ なし ・ あり ] サルコイドーシス: [ なし ・ あり ] シェーグレン症候群: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )		
既往歴	急性尿細管壊死・腎虚血の既往: [ なし ・ あり ] 発症年月日: ( 年 月 日 ) その際の透析療法の有無: [ なし ・ あり ] 実施日: ( 年 月 日 )		
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			
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 ] 利尿薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 球形吸着炭: [ なし ・ あり ] その他: ( )		
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 )		
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 ( )		