

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 (継続申請用)		1/2	
病名	23 慢性尿管間質性腎炎 (尿路奇形が原因のものを除く。)					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(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] 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 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 ₃ :()・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 ()
 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 ()