

告示番号		1		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	25 アミロイド腎					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		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]		体重減少: [なし ・ あり]		リンパ節腫脹: [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]			
	筋・骨格	手根管症候群: [なし ・ あり]							
	消化器	下痢: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		吸収不良症候群: [なし ・ あり]			
	精神・神経	感覚運動神経障害: [なし ・ あり]		自律神経障害: [なし ・ あり]					
	その他	巨舌: [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]		体重減少: [なし ・ あり]		リンパ節腫脹: [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]			
	筋・骨格	手根管症候群: [なし ・ あり]							
	消化器	下痢: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり]		吸収不良症候群: [なし ・ あり]			
	精神・神経	感覚運動神経障害: [なし ・ あり]		自律神経障害: [なし ・ あり]					
	その他	巨舌: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()					
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_2 ミクログロブリン: () μ g/L ・ 未実施				
	尿中ベンズジオンズ蛋白 (BJP): [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		CRP: () mg/dL				
	血中M蛋白: [なし ・ あり]								
生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
	所見: ()								

告示番号 **1** 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**

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: ()
	超音波検査 (心臓): [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: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [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 ₂ ミクログロブリン: () μg/L ・ 未実施 尿中ベンズジオンズ蛋白 (BJP): [なし ・ あり ・ 未実施]
	血液検査
生理機能検査	心電図検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
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: ()
	超音波検査 (心臓): [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: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [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	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()
-----	-----------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	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)
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 ()