

告示番号		3		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	26 家族性若年性高尿酸血症性腎症					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 ]					
	その他	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 ]							
	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 ]					
	その他	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 <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・未実施						
	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						
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								
	腎石灰化:[ なし・あり ]		所見(その他):( )								
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日								
	腎石灰化:[ なし・あり ]		所見(その他):( )								
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:( )										
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 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：・未実施	赤血球数：( )個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比：( ) 尿pH：( )	蛋白尿：[ なし ・ あり ] 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L・未実施 アミノ酸尿：[ なし ・ あり ・ 未実施 ]
血液検査	血清総蛋白：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清Na：( )mEq/L 血清Ca：( )mg/dL	血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 血清K：( )mEq/L 血清P：( )mg/dL	BUN：( )mg/dL 血清尿酸：( )mg/dL 血清Cl：( )mEq/L 血清Mg：( )mg/dL
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 ] 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( 年 月 日 )	
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )	実施日：( 年 月 日 )	
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	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：( )
家族歴	本疾患の家族歴：[ 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	降圧薬：[ なし ・ あり ] 薬物療法：[ なし ・ あり ] 使用薬剤名：( )
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 ( )		