

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〈継続申請用〉		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"/> 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	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(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(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 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					
	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):()										
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 ()