

告示番号	5	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	27 常染色体優性尿管間質性腎疾患					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]		尿糖:[なし ・ あり]			
	腎機能低下:[なし ・ あり]		夜尿:[なし ・ あり]		尿失禁:[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]		尿糖:[なし ・ あり]			
	腎機能低下:[なし ・ あり]		夜尿:[なし ・ あり]		尿失禁:[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 白血球尿:[なし ・ あり] 白血球数:()個/視野 尿糖(定性):[陰性 ・ 1+以上] 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								
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					
画像検査	超音波検査(腎・尿路):[未実施 ・ 実施]				実施日:(年 月 日)				
	右長径:()cm		右長径:()cm		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:()		
検査所見(その他)	検査所見(その他):()								

告示番号 **5** 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**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

尿検査	尿尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数: () 個/視野 白血球尿: [なし ・ あり] 白血球数: () 個/視野 尿糖 (定性): [陰性 ・ 1+以上] 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
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
画像検査	超音波検査 (腎・尿路): [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 () 月 () 日) 右長径: () cm 右長径: () cm 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: ())
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: ())
鑑別診断	ネフロン癆の診断基準: [満たさない ・ 満たす]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	尿酸降下薬: [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 ()		