

病名	27 腎血管性高血圧										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 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Na:()mEq/L						
	血清K:()mEq/L			血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施			血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施						
腎静脈血レニン活性(腎静脈サンプリング血による):[未実施 ・ 実施]													
所見:()													
カプトプリル負荷試験:[未実施 ・ 実施]													
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:()												
	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:()													
腎血管造影:[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 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	蛋白尿：[なし ・ あり]	
血液検査	血清総蛋白：() g/dL 血清クレアチニン：() mg/dL 血清K：() mEq/L	血清アルブミン：() g/dL 血清シスタチンC：() mg/L ・ 未実施 血漿レニン活性 (PRA)：() ng/mL/hr ・ 未実施	BUN：() mg/dL 血清Na：() mEq/L 血漿アルドステロン：() pg/mL ・ 未実施
	腎静脈レニン活性 (腎静脈サンプリング血による)：[未実施 ・ 実施]	所見：()	
	カプトプリル負荷試験：[未実施 ・ 実施]	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：()
	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：()
	腎血管造影：[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：()
既往歴	急性尿細管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] その際の透析療法の有無：[なし ・ あり] 発症年月日：() 年 () 月 () 日 実施日：() 年 () 月 () 日
本症の原因	繊維筋性異形成：[なし ・ あり] ウィリアムス症候群：[なし ・ あり] 本症の原因 (その他)：() 高安病：[なし ・ あり] 神経線維腫症：[なし ・ あり] 腹部大動脈縮窄症：[なし ・ あり] 腹部手術合併症：[なし ・ あり]

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] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり]	生物学的製剤：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：() 年 () 月 () 日 導入年月：() 年 () 月 () 日	
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：()	実施日：() 年 () 月 () 日	
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]	実施日：() 年 () 月 () 日 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
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 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)