

病名	28 腎静脈血栓症					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 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 抗CLβ ₂ GP1抗体:()U/mL・未実施 AT-III活性:()%・未実施 プロテインC活性:()%・未実施 プロテインS活性:()%・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) 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:()								
	造影CT検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 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								
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 抗CLβ ₂ GP1抗体:()U/mL・未実施 AT-III活性:()%・未実施 プロテインC活性:()%・未実施 プロテインS活性:()%・未実施								

告示番号 13 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 : ()
	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 : ()
	造影CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 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 : ()

本症の原因 本症の原因 : [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 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)

手術 手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
術式 : ()

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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()