

病名	28 腎静脈血栓症					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									
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):()									
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 ()			