

告示番号		14		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	29 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]					
	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]					
	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):()												

告示番号 **14** 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	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] ウィリアムズ症候群：[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) 導入年月：(年 月)	
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)	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 ()	