

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 (継続申請用)		1/2	
病名	29 腎血管性高血圧			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 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	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):()				
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]		発症年月日:(年 月 日) その際の透析療法の有無:[なし・あり] 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]

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〈継続申請用〉		2/2
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 ()	