

告示番号		16		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	31 腎動静脈瘤							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]											
	呼吸器・循環器	腹部血管雑音:[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												
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:()												
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] 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 ()			