

病名	33 腎尿管結石										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		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] 腎石灰化:[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] 腎石灰化:[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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:()・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 血清尿酸:()mg/dL				
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:()												
	腎尿管膀胱単純撮影(KUB):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
遺伝学的検査	遺伝子検査:[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):()												
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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:()・未実施												

告示番号 15 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

血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL	血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施	BUN：()mg/dL 血清尿酸：()mg/dL
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：()		
	腎尿管膀胱単純撮影（KUB）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]		
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	利尿薬：[なし ・ あり] その他：()	降圧薬：[なし ・ あり]	球形吸着炭：[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] 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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			