

病名 <b>34 慢性腎不全 (腎腫瘍によるものに限る。)</b>		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 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	
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 ]		
	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 ]		
	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 <sub>2</sub> 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			
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	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:( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )					
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 <sub>2</sub> 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			
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	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:( )					

**告示番号 46 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**

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)：( )		
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
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	原因となった腎腫瘍：( )		
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
薬物療法	利尿薬：[ なし ・ あり ]	降圧薬：[ なし ・ あり ]	球形吸着炭：[ なし ・ あり ] その他：( )
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 ]		
<b>医療機関・医師署名</b>			
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 ( )		