

告示番号		17		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	35 腎尿管結石								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 ] 腎石灰化: [ 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 <sub>2</sub> 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): ( )												
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 ] 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 ]

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 ( )