

病名	<b>36 多発性嚢胞腎</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 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		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 ]							
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ] Caroli病:[ なし ・ あり ]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]							
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]							
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 遺伝形式 (症状からの推定含む): [ 常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明 ] 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 ]							
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ] Caroli病:[ なし ・ あり ]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]							
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]							
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 遺伝形式 (症状からの推定含む): [ 常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明 ] 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			総ビリルビン:( )mg/dL		
	AST:( )U/L			ALT:( )U/L			γ-GTP:( )U/L		
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:( )								
	超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )								

**告示番号 8 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**

画像検査	画像検査 (腹部：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査名：( ) 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：( )

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 <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 総ビリルビン：( ) mg/dL AST：( ) U/L ALT：( ) U/L γ-GTP：( ) U/L
------	---

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：( )
	超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	画像検査 (腹部：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査名：( ) 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：( )

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：( )
-----	---------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]
	新生児期の異常：[ なし ・ あり ] 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 ] トルパブタン：[ なし ] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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	腎摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：[ 両側 ・ 右 ・ 左 ] 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	手術 (その他)：[ 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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			