

告示番号		48		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	37 慢性腎不全 (急性尿細管壊死または腎虚血によるものに限る。)					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 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]					
	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						
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:()						
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	急性尿細管壊死・腎虚血の既往:[なし・あり] 発症年月日:()年()月()日 その際の透析療法の有無:[なし・あり] 実施日:()年()月()日 胎児期の超音波診断による異常:[なし・あり・不明]						
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						
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]						

受給者番号 () 患者氏名 ()

2021a-001

告示番号 **48** 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〉 **2/2**

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	()