

病名	<b>37 低形成腎</b>					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	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 ]									
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし・あり ]									
	その他	内・外性器異常:[ なし・あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし・あり ] 所見:( ) 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										
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:( )										
	排尿時膀胱尿管造影:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )										
	核医学検査(レノグラム、レノシンチを含む):[ 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:( )										
	基礎疾患(症候群等):[ なし・あり ] 詳細:( )										

**告示番号 9 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**

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 ]		
<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 ] 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	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 (    )	