

告示番号		11		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	39 低形成腎								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							(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：( )												

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 ]		
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 ] 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 ]		

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 ( )			