

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 (新規申請用)	1/2
-------------	----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	42 多嚢胞性異形成腎					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	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]		
	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):()									
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(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 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:()										

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 (新規申請用)		2/2
画像検査	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): ()			
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: ()		
	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 ()			