

病名	44 膀胱尿管逆流 (下部尿路の閉塞性尿路疾患による場合を除く。)					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	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 18 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**

既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 尿路感染症の既往：[ なし ・ あり ]	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 ] 腎疾患に対するパルピズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] その他：( )	降圧薬：[ なし ・ あり ]	球形吸着炭：[ なし ・ あり ]
------	--	-----------------	-------------------

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月：( 年 月 ) 導入年月：( 年 月 )
------	--	------------------------------

手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式：( )	実施日：( 年 月 日 )
----	-----------------------------------	---------------

移植	腎移植：[ 未実施 ・ 実施 ] 先行的腎移植：[ なし ・ あり ]	実施日：( 年 月 日 ) 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 ( \_\_\_\_\_ )