

病名	43及び44に掲げるもののほか、尿路奇形 (具体的な疾病名：)					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		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 19 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

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β₂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：()

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：()

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]
 尿路感染症の既往：[なし ・ あり]

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 (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()