

告示番号 13 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 | 45 38から44までに掲げるもののほか、腎奇形 (具体的な疾病名:) | | | 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 | 治療 ・ 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 |

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] |
| | 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 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: () |

| | | |
|-----|----------------------------------|--------------------------------|
| 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] |
|-----|----------------------------------|--------------------------------|

| 告示番号 13 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 |
|---|--|-------|
| 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 () | |