

告示番号		20		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	47 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 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 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]	
	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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)