

告示番号		21		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	46及び47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"/> 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 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:()					
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] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()