

告示番号		2		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)		1/2			
病名	49 萎縮腎 (尿路奇形が原因のものを除く。)					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	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					
	その他	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					
	その他	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:()										
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:()										
検査所見(その他)	検査所見(その他):()										

告示番号 2 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	
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	急性尿細管壊死・腎虚血の既往: [なし ・ あり] 発症年月日: (年 月 日) その際の透析療法の有無: [なし ・ あり] 実施日: (年 月 日) 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]
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] 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 ()