

告示番号		51		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	51 ロウ (Lowe) 症候群					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	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 ]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	眼	白内障：[ なし ・ あり ] 緑内障：[ 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 ]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	眼	白内障：[ なし ・ あり ] 緑内障：[ 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン：( ) μg/L ・ 未実施 尿中カルシウム / 尿中クレアチニン比：・ 未実施 尿pH：( ) アミノ酸尿：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿糖：[ なし ・ あり ]										
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 血清尿酸：( ) mg/dL 血清Na：( ) mEq/L 血清K：( ) mEq/L 血清Cl：( ) mEq/L 血清Ca：( ) mg/dL 血清P：( ) mg/dL 血清Mg：( ) mg/dL 血漿レニン活性 ( PRA )：( ) ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：( ) pg/mL ・ 未実施										
血液ガス分析	pH：( ) ・ 未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ：( ) ・ 未実施 BE：( ) ・ 未実施 anion gap：( ) ・ 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 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 ( その他 )：( )										
	画像検査 ( 腎尿路：超音波以外 )：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 ( その他 )：( )										

告示番号 **51** 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β <sub>2</sub> ミクログロブリン：( ) μg/L ・ 未実施 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：・ 未実施 尿pH：( ) アミノ酸尿：[ なし ・ あり ・ 未実施 ] 尿糖：[ なし ・ あり ]			
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 血清尿酸：( ) mg/dL 血清Na：( ) mEq/L 血清K：( ) mEq/L 血清Cl：( ) mEq/L 血清Ca：( ) mg/dL 血清P：( ) mg/dL 血清Mg：( ) mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：( ) ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：( ) pg/mL ・ 未実施			
血液ガス分析	pH：( ) ・ 未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ：( ) ・ 未実施 BE：( ) ・ 未実施 anion gap：( ) ・ 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 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
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：( )			
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )			
既往歴	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	降圧薬：[ なし ・ あり ] 薬物療法：[ なし ・ あり ] 使用薬剤名：( )			
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 )			
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 ( )				