

告示番号		5		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	27 常染色体優性尿管間質性腎疾患					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 ]		尿糖:[ なし・あり ]		
		腎機能低下:[ なし・あり ]		夜尿:[ なし・あり ]		尿失禁:[ なし・あり ]		
その他	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		白血球尿:[ なし・あり ]			
	白血球数:( )個/視野		尿糖(定性):[ 陰性・1+以上 ]		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							
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			
画像検査	超音波検査(腎・尿路):[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日					
	右長径:( )cm		右長径:( )cm					
	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:( )							
病理検査	腎生検:[ 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:( )							
家族歴	本疾患の家族歴:[ なし・あり・不明 ] 詳細:( )							
鑑別診断	ネフロン癆の診断基準:[ 満たさない・満たす ]							
経過(申請時) ※直近の状況を記載								
薬物療法	尿酸降下薬:[ 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 ( )