

告示番号		50		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〉										1/3		
病名		23 慢性尿管間質性腎炎（尿路奇形が原因のものを除く。）										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報		保険者番号（ ） 被保険者記号（ ） 被保険者番号（ ） 被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号（ ） 都道府県（ ） 市区町村（ ） 丁目番地等（ ）														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県（ ） 市区町村（ ）														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日							
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		
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		治療 ・ 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																
最終受診日		(年 月 日)														
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]														
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり]														
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 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]														
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり]														
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 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						
		白血球尿：[なし ・ あり]				白血球数：()個／視野				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]										
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						
		CRP：()mg/dL				抗核抗体：()倍・未実施				抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施						
		MPO-ANCA：()IU/mL・未実施				PR3-ANCA：()IU/mL・未実施				抗SS-A (／Ro) 抗体：()U/mL・未実施						
		抗SS-B (／La) 抗体：()U/mL・未実施														
血液ガス分析		pH：()・未実施				HCO ₃ ⁻ ：()・未実施				BE：()・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		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：()														

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日

年

月

8

公費負担者番号

認定結果

[認定 ・ 不認定]

研究同意の有無

[有 · 無]

受給者番号

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分

[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日