

告示番号		48		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		37 慢性腎不全（急性尿細管壊死または腎虚血によるものに限る。）										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]													
	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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施						赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]							
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL						血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 BUN：()mg/dL							
画像検査		超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：() 画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日) 実施日：(年 月 日)							
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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施						赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]							
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL						血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 BUN：()mg/dL							
画像検査		超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：() 画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日) 実施日：(年 月 日)							
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

48

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：（）

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]

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）

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]

成長ホルモン治療の有無：[なし ・ あり]

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（）

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

医療機関所在地

診断年月日

年

月

日

電話番号

診療科

医師名

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

日

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