

告示番号		39		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		18 非典型溶血性尿毒症症候群							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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 ] 発熱：[ なし ・ あり ] 貧血：[ 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 ]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 間質性肺炎：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ]											
	消化器	腹痛：[ なし ・ あり ] 下痢：[ なし ・ あり ] 血便：[ なし ・ あり ] 消化管出血：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ 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 ] 先行感染の有無：[ なし ・ あり ] 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 ] 発熱：[ なし ・ あり ] 貧血：[ 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 ]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 間質性肺炎：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ]											
	消化器	腹痛：[ なし ・ あり ] 下痢：[ なし ・ あり ] 血便：[ なし ・ あり ] 消化管出血：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L・未実施											
血液検査		ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL				血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL				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				総コレステロール：( )mg/dL				総ビリルビン：( )mg/dL			
		AST：( )U/L				LDH：( )U/L				抗H因子抗体：( )AU/mL・未実施			
		血清ハプトグロビン：( )mg/dL・未実施				C3：( )mg/dL				CH50：( )U/mL			
		抗CLβ <sub>2</sub> GP1抗体：( )U/mL・未実施				ADAMTS13活性：( )%				ループスアンチコアグラント：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]			
		抗O157抗体／O157抗原検査：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 詳細：( )											
		志賀毒素：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 詳細：( )											
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：( )											
		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											



医療機関・医師署名

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

11

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