

告示番号		35		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		17 急速進行性糸球体腎炎（多発血管炎性肉芽腫症によるものに限る。）								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) 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 ]											
	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 ] 咳嗽：[ なし ・ あり ] 血痰・咯血：[ なし ・ あり ] 肺泡出血：[ なし ・ あり ] 間質性肺炎：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	関節炎：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 筋炎：[ なし ・ あり ] 筋痛：[ なし ・ あり ]											
	消化器	消化管出血：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 神経炎 (感覚障害)：[ なし ・ あり ] 神経炎 (運動障害)：[ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ] 中耳炎：[ なし ・ あり ] 鞍鼻：[ なし ・ あり ]											
	眼	視力障害：[ なし ・ あり ] 強膜炎：[ 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 ] 発熱：[ 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 ] 咳嗽：[ なし ・ あり ] 血痰・咯血：[ なし ・ あり ] 肺泡出血：[ なし ・ あり ] 間質性肺炎：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	関節炎：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ] 筋炎：[ なし ・ あり ] 筋痛：[ なし ・ あり ]											
	消化器	消化管出血：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ] 神経炎 (感覚障害)：[ なし ・ あり ] 神経炎 (運動障害)：[ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ] 中耳炎：[ なし ・ あり ] 鞍鼻：[ なし ・ あり ]											
	眼	視力障害：[ なし ・ あり ] 強膜炎：[ 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L・未実施											
血液検査		白血球数：( )/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 CRP：( )mg/dL C3：( )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 抗基底膜抗体：( )IU/mL・未実施											
生理機能検査		心電図検査：[ 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

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