

告示番号		26		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	1 フィンランド型先天性ネフローゼ症候群					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)			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						
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 ]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	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						
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 ]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	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 ]		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	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		C3：( )mg/dL								
羊水検査	羊水中α-フェトプロテイン：( )ng/dL・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 )										
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )										
病理検査	巨大胎盤 (出生体重の25%以上)：[ なし ・ あり ・ 不明 ]					胎盤重量：( )g					
	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 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	尿尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 尿中蛋白量: ( )mg/dL 尿中β <sub>2</sub> 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 総コレステロール: ( )mg/dL	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 C3: ( )mg/dL	BUN: ( )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 ) 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 ] 所見: ( )	実施日: ( )年 ( )月 ( )日 )	
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( )年 ( )月 ( )日 )	
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: ( )		
既往歴	血栓症: [ なし ・ あり ] 敗血症: [ なし ・ あり ] 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			
臨床経過	先天性ネフローゼ候群: [ なし ・ あり ] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ]		
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] インドメタシン: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 甲状腺ホルモン: [ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]
	免疫グロブリン補充療法 (定期): [ なし ・ あり ] 特記事項: ( )	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
	予防投与 (抗菌薬): [ なし ・ あり ] 特記事項: ( )	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
栄養管理	中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月: ( )年 ( )月 ) 導入年月: ( )年 ( )月 )	
手術	腎摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式: [ 両側 ・ 右 ・ 左 ]	実施日: ( )年 ( )月 ( )日 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
移植	腎移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 先行的腎移植: [ なし ・ あり ]	実施日: ( )年 ( )月 ( )日 ) 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
医療機関所在地	診断年月日	年	月
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

告示番号		25		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	2 びまん性メサンギウム硬化症					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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
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					
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 ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]								
	その他	Wilms腫瘍：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬またはステロイド薬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 ]								
		内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )								
外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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					
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 ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]								
	その他	Wilms腫瘍：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬またはステロイド薬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 ]								
		内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )								
外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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	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		C3：( )mg/dL							
羊水検査	羊水中α-フェトプロテイン：( )ng/dL・未実施									

告示番号	25	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)	2/3
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: ( )				
病理検査	巨大胎盤 (出生体重の25%以上): [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎盤重量: ( )g				
	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): ( )				
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 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 総コレステロール: ( ) mg/dL C3: ( ) 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 ) 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: ( )				
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )				
既往歴	血栓症: [ なし ・ あり ] 敗血症: [ なし ・ あり ] 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					
臨床経過	先天性ネフローゼ症候群: [ なし ・ あり ] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ]				
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ]				
	抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]				
	インドメタシン: [ なし ・ あり ] 甲状腺ホルモン: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
免疫グロブリン補充療法 (定期): [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 特記事項: ( )					
予防投与 (抗菌薬): [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 特記事項: ( )					
栄養管理	中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]				
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 )				
手術	腎摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: [ 両側 ・ 右 ・ 左 ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
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

告示番号		24		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	3 微小変化型ネフローゼ症候群						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)			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	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 ] 発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[ なし ・ あり ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ 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 ]										
	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	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 ] 発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[ なし ・ あり ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 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	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		C3：( )mg/dL									
	抗核抗体：( )倍・未実施		抗dsDNA抗体：( )IU/mL・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：( )											
病理検査	腎生検：[ 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)：( )											
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			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											

告示番号	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)	2/3
血液検査	血清総蛋白：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 総コレステロール：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施	血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 C3：( )mg/dL 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・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：( )	実施日：( 年 月 日 )		
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )		
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：( )			
経過(申請時) ※直近の状況を記載				
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ]			
薬物療法	プレドニゾン：投与量(初発時)：( )mg/kg ・ mg/m <sup>2</sup> ・ 不明 投与方法(初発時)：[ 国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明 ]			
	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ]			
	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 ) 血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ] LDLアフェレシス：[ 未実施 ・ 実施 ]			
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

告示番号	23	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	4 巣状分節性糸球体硬化症				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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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 ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]				
	その他	外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ 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 ]				
	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 ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]				
	その他	外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 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 <sub>2</sub> 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 総コレステロール：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施		血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 C3：( )mg/dL 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施		BUN：( )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 )			
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			

告示番号 **23** 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) **2/3**

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)：( )

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 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  
 総コレステロール：( ) mg/dL C3：( ) mg/dL  
 抗核抗体：( ) 倍 ・ 未実施 抗dsDNA抗体：( ) IU/mL ・ 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：( )

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：( )

基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ]  
 詳細：( )

家族歴 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]  
 詳細：( )

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ]

薬物療法 プレドニゾロン：投与量 (初発時)：( ) mg/kg ・ mg/m<sup>2</sup> ・ 不明 投与方法 (初発時)：[ 国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明 ]  
 ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ]  
 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]  
 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ]

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 )  
 血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ] LDLアフェレシス：[ 未実施 ・ 実施 ]

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

告示番号 <b>27</b>		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	<b>5 膜性腎症</b>			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	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 ]					
	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 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL 尿中β <sub>2</sub> 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 総コレステロール：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施		血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 C3：( )mg/dL 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施		BUN：( )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 ) 所見：( )						
病理検査	腎生検：[ 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)：( )						
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 <sub>2</sub> 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 総コレステロール：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施		血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 C3：( )mg/dL 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施		BUN：( )mg/dL		

告示番号 **27** 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**

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:( )		
病理検査	腎生検: [ 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:( )		
基礎疾患	基礎疾患等 (続発性の場合): [ なし ・ あり ] 詳細 (膠原病、感染症、薬剤性他):( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]		
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]		
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

告示番号	22	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	6 ギャロウェイ・モワト (Galloway-Mowat) 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) 年 月 日	cm ( SD)	体重 (測定日) 年 月 日
			kg ( SD)
			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
	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
	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 小頭症 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 出生時の小頭症 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 頭囲：( )cm 頭囲SD：( ) 顔貌所見：前頭部突出：[ なし ・ あり ] 前頭部狭小：[ なし ・ あり ] 眼間乖離：[ なし ・ あり ] 内眼角贅皮：[ なし ・ あり ] 眼瞼下垂：[ なし ・ あり ] 斜視：[ なし ・ あり ] 耳介形成異常：[ なし ・ あり ] わし鼻：[ なし ・ あり ] 鼻根部扁平：[ なし ・ あり ] 広い鼻梁：[ なし ・ あり ] 目立つ唇：[ なし ・ あり ] 長い人中：[ なし ・ あり ] 高口蓋：[ なし ・ あり ] 小顎症：[ なし ・ あり ] 顔貌所見 (その他)：( )		
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 ]	
	筋・骨格	筋緊張低下：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	
	精神・神経	精神発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ] てんかん分類：ウエスト症候群：[ なし ・ あり ] レノックス・ガストー症候群：[ なし ・ あり ] 焦点性てんかん：[ なし ・ あり ] てんかん (その他)：( )	
	発達障害	発達障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 自閉スペクトラム症：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 注意欠如多動症：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 限局性学習症：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 発達障害 (その他)：( )	
その他	外表奇形：( ) 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 頭囲：( )cm 頭囲SD：( )		
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 ]	
	筋・骨格	筋緊張低下：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	
	精神・神経	精神発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ] てんかん分類：ウエスト症候群：[ なし ・ あり ] レノックス・ガストー症候群：[ なし ・ あり ] 焦点性てんかん：[ なし ・ あり ] てんかん (その他)：( )	
	発達障害	発達障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 自閉スペクトラム症：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 注意欠如多動症：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 限局性学習症：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 発達障害 (その他)：( )	
その他	外表奇形：( ) 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)：( )		

告示番号 <b>22</b> 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)		2/3
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 <sub>2</sub> 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 ] 一日尿蛋白量: ( )g/day
血液検査	血清総蛋白: ( )g/dL 血清クレアチニン: ( )mg/dL 総コレステロール: ( )mg/dL	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 C3: ( )mg/dL BUN: ( )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 ) 所見: ( )	
	MRI検査 (頭部): [ 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: ( )	
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 実施時年齢: ( 歳 か月 ) 検査名: [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ] 検査名 (その他): ( ) DQまたはIQ値: ( )	
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): ( )	
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	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 ]
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )	
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 実施時年齢: ( 歳 か月 ) 検査名: [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ] 検査名 (その他): ( ) DQまたはIQ値: ( )	
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: ( )	
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ]	
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]
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

告示番号		28		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	7 1から6までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群					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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI			
		年 月 日	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										
具体的な疾病名	( )				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	発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[ なし ・ あり ] 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が：[ 投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である ]								
		外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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	発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[ なし ・ あり ] 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が：[ 投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である ]								
		外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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	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		C3：( )mg/dL							
	抗核抗体：( )倍・未実施		抗dsDNA抗体：( )IU/mL・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：( )									
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)：( )									

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 <sub>2</sub> 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 総コレステロール: ( )mg/dL 抗核抗体: ( )倍・未実施	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 C3: ( )mg/dL 抗dsDNA抗体: ( )IU/mL・未実施	BUN: ( )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 ) 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: ( )
既往歴	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

臨床経過	先天性ネフローゼ症候群: [ なし ・ あり ] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ]
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]
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

告示番号		32		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	8 IgA腎症					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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ 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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ 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	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			C3：( )mg/dL						
	抗核抗体：( )倍・未実施			抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施			血清IgA：( )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 ) 所見：( )									
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 初回腎生検で20%以上に半月体を認めた：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 所見 (その他)：( )									
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 ] 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	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			C3：( )mg/dL						
	抗核抗体：( )倍・未実施			抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施			血清IgA：( )mg/dL			

告示番号 **32** 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**

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:( )		
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 初回腎生検で20%以上に半月体を認めた:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 所見 (その他):( )		
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:( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往:[ なし ・ あり ] IgA腎症と診断したが、後に紫斑病様の紫斑が出現した:[ なし ・ あり ]		
薬物療法	ステロイド薬:[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 生物学的製剤:[ なし ・ あり ] 抗凝固薬:[ なし ・ あり ] 抗血小板薬:[ なし ・ あり ] アルブミン製剤:[ なし ・ あり ] 降圧薬:[ なし ・ あり ]		
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 ) 血漿交換療法: [ 未実施 ・ 実施 ]		
手術	扁桃摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日:( 年 月 日 )		
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

告示番号	43	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	9 メサンギウム増殖性糸球体腎炎 (IgA腎症を除く。)		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)
	年 月 日	年 月 日	kg ( SD)
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
	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 )	なし ・ あり
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
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	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 ]	
	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	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 C3:( )mg/dL 抗核抗体:( )倍・未実施 抗dsDNA抗体:( )IU/mL・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:( )		
病理検査	腎生検:[ 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):( )		
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 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 総コレステロール:( )mg/dL C3:( )mg/dL 抗核抗体:( )倍・未実施 抗dsDNA抗体:( )IU/mL・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:( )		

告示番号	43	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
病理検査	腎生検：[ 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：( )					
基礎疾患	基礎疾患等 (二次性の場合)：[ なし ・ あり ] 詳細 (膠原病、感染症、悪性腫瘍他)：( )					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ]					
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]					
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 ) 血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ]					
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

告示番号		41		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	10 膜性増殖性糸球体腎炎					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	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 ]				
	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	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		C3：( )mg/dL		C4：( )mg/dL					
	CH50：( )U/mL		C3 nephritic factor (C3NeF)：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]							
	抗核抗体：( )倍・未実施		抗dsDNA抗体：( )IU/mL・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：( )									
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )		組織型：[ I型 ・ II型 (DDD) ・ III型 ]		C3腎症の診断に合致：[ なし ・ あり ]					
	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)：( )									
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		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					

告示番号 **41** 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) **2/3**

血液検査	血清総蛋白：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 総コレステロール：( )mg/dL CH50：( )U/mL 抗核抗体：( )倍・未実施	血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 C3：( )mg/dL C3 nephritic factor (C3NeF)：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施	BUN：( )mg/dL C4：( )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 ) 所見：( )		
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 組織型：[ I型 ・ II型 (DDD) ・ III型 ] C3腎症の診断に合致：[ なし ・ あり ] 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：( )		
基礎疾患	基礎疾患等 (二次性の場合)：[ なし ・ あり ] 詳細 (膠原病、感染症、悪性腫瘍他)：( )		
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ] 発症以来 C3、CH50 の正常化を認めない：[ いいえ ・ はい ]		
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]		
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

告示番号 <b>37</b>		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	<b>11 紫斑病性腎炎</b>			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)
	年 月 日	年 月 日		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
	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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節炎：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ]			
	消化器	腹痛：[ 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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節炎：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ]			
	消化器	腹痛：[ 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	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 C3：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施 血清IgA：( )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 ) 所見：( )				
病理検査	腎生検：[ 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)：( )				

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 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 総コレステロール：( ) mg/dL C3：( ) mg/dL 抗核抗体：( ) 倍・未実施 抗dsDNA抗体：( ) IU/mL・未実施 血清IgA：( ) 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 ) 所見：( )
病理検査	腎生検：[ 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：( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ] 発症から2か月以上の紫斑の遷延：[ なし ・ あり ]
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ] 第13因子製剤：[ なし ・ あり ]
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 ) 血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
手術	扁桃摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )
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

告示番号	36	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	12 抗糸球体基底膜腎炎 (グッドパスチャー (Goodpasture) 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)	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 ]
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ]		血痰・咯血：[ なし ・ あり ]		肺泡出血：[ 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 ]
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ]		血痰・咯血：[ なし ・ あり ]		肺泡出血：[ 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	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		
	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		
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
	CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
	画像検査 (胸部)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		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	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 ] 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 血清クレアチニン: ( )mg/dL C3: ( )mg/dL MPO-ANCA: ( )IU/mL・未実施	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 抗核抗体: ( )倍・未実施 PR3-ANCA: ( )IU/mL・未実施	BUN: ( )mg/dL 総コレステロール: ( )mg/dL 抗dsDNA抗体: ( )IU/mL・未実施 抗基底膜抗体: ( )IU/mL・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: ( )		
	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	画像検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( ) 所見: ( )		
病理検査	腎生検: [ 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: ( )
-----	-----------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 血漿交換療法: [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 )
移植	腎移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 先行的腎移植: [ なし ・ あり ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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

告示番号	42	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	13 慢性糸球体腎炎 (アルポート (Alport) 症候群によるものに限る。)		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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	びまん性平滑筋腫：[ なし ・ あり ]				
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[ なし ・ あり ]				
	眼	疾患特異的眼科合併症：[ 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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	びまん性平滑筋腫：[ なし ・ あり ]				
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[ なし ・ あり ]				
	眼	疾患特異的眼科合併症：[ 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	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		
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：( )	
	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )					
病理検査	皮膚生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )					

告示番号 **42** 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) **2/3**

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
聴力検査	聴力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
眼科学的検査	眼科学的検査：[ 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)：( )		
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 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 総コレステロール：( ) mg/dL C3：( ) 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 ) 所見：( )		
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
	皮膚生検：[ 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：( )		
聴力検査	聴力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
眼科学的検査	眼科学的検査：[ 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：( )		
経過 (申請時)	※直近の状況を記載		
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ]		
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]		
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 ( )		

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

告示番号 <b>33</b>		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	14 エプスタイン (Epstein) 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)		体重 (測定日)	kg ( SD)
	年 月 日	年 月 日		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
	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 ]			
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[ なし ・ あり ]			
	眼	白内障：[ 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 ]			
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[ なし ・ あり ]			
	眼	白内障：[ 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	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 C3：( )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 ) 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：( )				
聴力検査	聴力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )				

告示番号 **33** 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) **2/3**

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 ] 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 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 C3: ( ) 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 )  
 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: ( )

聴力検査 聴力検査: [ 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: ( )

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]

薬物療法 ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ]  
 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]  
 降圧薬: [ なし ・ あり ]

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: ( )

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

告示番号	45	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	15 ループス腎炎				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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
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)				
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%			
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 ]		漿膜炎:[ 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 ]		血痰・咯血:[ なし ・ あり ]		肺泡出血:[ なし ・ あり ]		動静脈血栓症:[ なし ・ あり ]	
	皮膚・粘膜	紫斑:[ なし ・ あり ]		頬部紅斑:[ なし ・ あり ]		光線過敏:[ なし ・ あり ]		脱毛:[ なし ・ あり ]	
		口腔内潰瘍:[ なし ・ あり ]		ディスコイド疹:[ 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	腹痛:[ 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 ]		神経炎 (感覚障害):[ なし ・ あり ]		神経炎 (運動障害):[ なし ・ あり ]			
	眼	視力障害:[ 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 ]		漿膜炎:[ 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 ]		血痰・咯血:[ なし ・ あり ]		肺泡出血:[ なし ・ あり ]		動静脈血栓症:[ なし ・ あり ]	
	皮膚・粘膜	紫斑:[ なし ・ あり ]		頬部紅斑:[ なし ・ あり ]		光線過敏:[ なし ・ あり ]		脱毛:[ なし ・ あり ]	
		口腔内潰瘍:[ なし ・ あり ]		ディスコイド疹:[ 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	腹痛:[ 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 ]		神経炎 (感覚障害):[ なし ・ あり ]		神経炎 (運動障害):[ なし ・ あり ]			
	眼	視力障害:[ 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	リンパ球:( )%	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						
	C3:( )mg/dL	C4:( )mg/dL	CH50:( )U/mL		抗核抗体:( )倍・未実施				
	抗dsDNA抗体:( )IU/mL・未実施		抗基底膜抗体:( )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		抗U1-RNP抗体:( )U/mL・未実施		抗Sm抗体:( )U/mL・未実施				
	抗CL β <sub>2</sub> GP1抗体:( )U/mL・未実施		ADAMTS13活性:( )%		血清梅毒反応:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]				
	ループスアンチコアグラント:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]								

告示番号	45	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)	2/3
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )				
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: ( )				
	単純X線検査 (胸部): [ 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: ( )				
病理検査	腎生検: [ 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): ( )				
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 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 リンパ球: ( ) % 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 C3: ( ) mg/dL C4: ( ) mg/dL CH50: ( ) U/mL 抗核抗体: ( ) 倍・未実施 抗dsDNA抗体: ( ) IU/mL・未実施 抗基底膜抗体: ( ) 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 抗U1-RNP抗体: ( ) U/mL・未実施 抗Sm抗体: ( ) U/mL・未実施 抗CLβ <sub>2</sub> GP1抗体: ( ) U/mL・未実施 ADAMTS13活性: ( ) % 血清梅毒反応: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] ループスアンチコアグラント: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]				
生理機能検査	心電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )				
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: ( )				
	単純X線検査 (胸部): [ 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: ( )				
病理検査	腎生検: [ 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: ( )				
既往歴	血栓症: [ なし ・ あり ]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]				
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]				
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 ) 血漿交換療法: [ 未実施 ・ 実施 ]				
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

告示番号 <b>34</b>		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	<b>16 急速進行性糸球体腎炎 (顕微鏡的多発血管炎によるものに限る。)</b>			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		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 ]		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 ] 間質性肺炎:[ 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 ]		
	皮膚・粘膜	紫斑:[ 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 ]		
	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 ] 間質性肺炎:[ 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 ]		
	皮膚・粘膜	紫斑:[ 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 ]		
	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):( )							

告示番号 **34** 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) **2/3**

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 好酸球数: ( ) /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
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: ( )
	単純X線検査 (胸部): [ 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: ( )
病理検査	腎生検: [ 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): ( )
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 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 好酸球数: ( ) /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
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: ( )
	単純X線検査 (胸部): [ 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: ( )
病理検査	腎生検: [ 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	気管支喘息: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]
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 ) 血漿交換療法: [ 未実施 ・ 実施 ]
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

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)			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 ]		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 ]		肺出血:[ 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 ]		肺出血:[ 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:( )					

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)	2/3
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 : ( )		
	単純X線検査 (胸部) : [ 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 : ( )		
病理検査	腎生検 : [ 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) : ( )				
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	蛋白尿 : [ なし ・ あり ]	尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン : ( ) μg/L ・ 未実施	
血液検査	尿中蛋白量 : ( ) mg/dL	尿蛋白量/尿中クレアチニン比 : ( )	血清総蛋白 : ( ) g/dL	血清アルブミン : ( ) g/dL	
	白血球数 : ( ) /μL	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 : ( )		
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 : ( )		
	単純X線検査 (胸部) : [ 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 : ( )		
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 : ( )				
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細 : ( )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない : [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往 : [ なし ・ あり ]				
薬物療法	ステロイド薬 : [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬 : [ なし ・ あり ]	生物学的製剤 : [ なし ・ あり ]		
血液浄化	抗凝固薬 : [ なし ・ あり ]	抗血小板薬 : [ なし ・ あり ]	アルブミン製剤 : [ なし ・ あり ]		
	降圧薬 : [ なし ・ あり ]				
	腹膜透析 (慢性透析) : [ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月 : ( 年 月 )			
移植	血液透析 (慢性透析) : [ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月 : ( 年 月 )			
	血漿交換療法 : [ 未実施 ・ 実施 ]				
治療	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	
就学・就労状況	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

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) 年 月 日	cm ( SD)	体重 (測定日) 年 月 日		
			kg ( SD)		
			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		
	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		
	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CL <sub>β</sub> 2GP1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:( )		

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)	2/3
細菌検査	便培養: [ 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 ) 末梢血スメアでの破碎赤血球所見: [ なし ・ あり ] 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): ( )				
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 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: ( )				
細菌検査	便培養: [ 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 ) 末梢血スメアでの破碎赤血球所見: [ なし ・ あり ] 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: ( )				
既往歴	血栓症: [ なし ・ あり ]				
	HUSの既往: [ なし ・ あり ] 発症前使用薬剤の有無: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
本症の原因	補体制御因子異常: [ なし ・ あり ] 移植関連: [ なし ・ あり ] 肺炎球菌: [ なし ・ あり ] HIV: [ なし ・ あり ] 百日咳: [ なし ・ あり ] コバラミン代謝異常: [ なし ・ あり ] 薬剤性: [ なし ・ あり ] 本症の原因 (その他): ( )				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]				
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ]				
	エクリズマブ: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 使用中のCH50: [ 正常 ・ やや低下 ・ 感度以下 ]				
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 ) 血漿交換療法: [ 未実施 ・ 実施 ]				
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

告示番号	38	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	19 ネイル・パテラ (Nail-Patella) 症候群 (爪膝蓋症候群)		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)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	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 ]
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成:[ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	骨・関節症状:[ なし ・ あり ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]			神経症状:[ なし ・ あり ]	
	眼	緑内障:[ なし ・ あり ]				
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ]
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成:[ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	骨・関節症状:[ なし ・ あり ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]			神経症状:[ なし ・ あり ]	
	眼	緑内障:[ なし ・ あり ]				
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 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 総コレステロール:( )mg/dL C3:( )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 )					
	所見:( )					
	単純X線検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )					
部位:( )						
所見:( )						
CTまたはMRI検査 (骨):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )						
部位:( )						
所見:( )						
病理検査	腎生検:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )					
所見:( )						

告示番号 <b>38</b> 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〉		2/3
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )	
眼科学的検査	眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )	
整形外科的検査	整形外科的検査：[ 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)：( )	
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 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 総コレステロール：( ) mg/dL C3：( ) 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 ) 所見：( )	
	単純X線検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )	
	CTまたはMRI検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 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：( )	
眼科学的検査	眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )	
整形外科的検査	整形外科的検査：[ 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：( )	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ]	
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]	
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

告示番号		40		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	20 フィブロネクチン腎症					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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ 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 ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ 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 ]								
	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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ 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 ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 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	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 C3：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・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 (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 ) IST-4 (血漿性・細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] IST-9 (細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 所見 (その他)：( )									
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)：( )									

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 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 総コレステロール：( ) mg/dL C3：( ) mg/dL 抗核抗体：( ) 倍・未実施 抗dsDNA抗体：( ) IU/mL・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 (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 ) IST-4 (血漿性・細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] IST-9 (細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 所見 (その他)：( )
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：( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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 ) 血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
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 ] 腎移植後原疾患の再発：[ 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

告示番号		44		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	21 リポタンパク系球体症							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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]											
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 抗高脂血症薬、降圧薬等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 ] 感冒時肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]											
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 抗高脂血症薬、降圧薬等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	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 中性脂肪 (TG)：( )mg/dL アポリポ蛋白E：( )mg/dL・未実施 リポ蛋白分画：VLDL増加：[ なし ・ あり ] IDL増加：[ なし ・ あり ] C3：( )mg/dL 所見 (その他)：( )												
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：( )												
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 光学顕微鏡にてLPGの診断に合致：[ 未実施 ・ いいえ ・ はい ] 電子顕微鏡にてLPGの診断に合致：[ 未実施 ・ いいえ ・ はい ] 所見 (その他)：( )												
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)：( )												

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
尿検査	尿尿: [ 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	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 中性脂肪 (TG): ( ) mg/dL アポリポ蛋白E: ( ) mg/dL ・ 未実施 リポ蛋白分画: VLDL増加: [ なし ・ あり ] IDL増加: [ なし ・ あり ] C3: ( ) mg/dL 所見 (その他): ( )		
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: ( )		
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 光学顕微鏡にてLPGの診断に合致: [ 未実施 ・ いいえ ・ はい ] 電子顕微鏡にてLPGの診断に合致: [ 未実施 ・ いいえ ・ はい ] 所見 (その他): ( )		
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: ( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
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 ) 血漿交換療法: [ 未実施 ・ 実施 ] LDLアフェレシス: [ 未実施 ・ 実施 ]		
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 ] 腎移植後原疾患の再発: [ 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

告示番号		46		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	22 8から21までに掲げるもののほか、慢性糸球体腎炎					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										
具体的な疾病名	( )				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	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 ]				
	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	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					
	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					
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：( )					
病理検査	腎生検：[ 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)：( )									
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		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					

告示番号	46	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
血液検査	血清総蛋白：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL C3：( )mg/dL MPO-ANCA：( )IU/mL・未実施		血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 抗核抗体：( )倍・未実施 PR3-ANCA：( )IU/mL・未実施		BUN：( )mg/dL 総コレステロール：( )mg/dL 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：( )IU/mL・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 )			
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )			
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：( )					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ]					
薬物療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]		免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ]		生物学的製剤：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ]	
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 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 )			
治療	先行的腎移植：[ なし ・ あり ]		生体腎移植：[ なし ・ あり ]			
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 )		通院頻度 ( )回/月	
	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	
就学・就労状況	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

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 ]					
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 ]					
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		
血液ガス分析	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:( )IU/mL ・ 未実施		
	抗SS-B ( /La ) 抗体:( )IU/mL ・ 未実施						
	pH:( ) ・ 未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( ) ・ 未実施		BE:( ) ・ 未実施		anion gap:( ) ・ 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 )						
	画像検査 (腎尿路:超音波以外): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )						

告示番号 <b>50</b> 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)		2/3
病理検査	腎生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )	
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 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): ( )	
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 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 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 <sub>3</sub> <sup>-</sup> : ( ) ・ 未実施 BE: ( ) ・ 未実施 anion gap: ( ) ・ 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 (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: ( )	
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 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	感染症の合併: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
	TINU症候群: [ なし ・ あり ] サルコイドーシス: [ なし ・ あり ] シェーグレン症候群: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	
既往歴	急性尿管壊死・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 )	
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 生物学的製剤: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ] 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

告示番号 <b>47</b>		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	<b>24 慢性腎盂腎炎</b>			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 月 日			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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 ] 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 白血球尿：[ なし ・ あり ] 白血球数：( )個/視野					
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 CRP：( )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 ) 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：( )					
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )					
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( )					
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 ] 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 白血球尿：[ なし ・ あり ] 白血球数：( )個/視野					

告示番号 <b>47</b> 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)		2/3	
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 CRP：( )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 ) 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：( )		
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( )		
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：( )		
既往歴	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	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] その他：( )	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 球形吸着炭：[ なし ・ あり ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月：( 年 月 ) 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

告示番号		1		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	25 アミロイド腎			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		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 ]		体重減少:[ なし ・ あり ]		リンパ節腫脹:[ 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 ]		
	筋・骨格	手根管症候群:[ なし ・ あり ]						
	消化器	下痢:[ なし ・ あり ]		肝腫大:[ なし ・ あり ]		吸収不良症候群:[ なし ・ あり ]		
	精神・神経	感覚運動神経障害:[ なし ・ あり ]		自律神経障害:[ なし ・ あり ]				
	その他	巨舌:[ 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 ]		体重減少:[ なし ・ あり ]		リンパ節腫脹:[ 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 ]		
	筋・骨格	手根管症候群:[ なし ・ あり ]						
	消化器	下痢:[ なし ・ あり ]		肝腫大:[ なし ・ あり ]		吸収不良症候群:[ なし ・ あり ]		
	精神・神経	感覚運動神経障害:[ なし ・ あり ]		自律神経障害:[ なし ・ あり ]				
	その他	巨舌:[ なし ・ あり ] 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			
	尿中ペンシジョンズ蛋白 (BJP):[ 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		CRP:( )mg/dL			
	血中M蛋白:[ なし ・ あり ]							
生理機能検査	心電図検査:[ 未実施 ・ 実施 ]			実施日:( 年 月 日 )				
	所見:( )							

告示番号 1		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)		2/3
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 : ( )	
	超音波検査 (心臓) : [ 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 : ( )	
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 : ( )	
眼科学的検査	眼科学的検査 : [ 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) : ( )			
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	蛋白尿 : [ なし ・ あり ]	
	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	尿中ペンスジョンズ蛋白 (BJP) : [ 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	CRP : ( ) 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	血中M蛋白 : [ なし ・ あり ]	
生理機能検査	心電図検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )	
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 : ( )	
	超音波検査 (心臓) : [ 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 : ( )	
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 : ( )	
眼科学的検査	眼科学的検査 : [ 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 : ( )			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
臨床経過	経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往 : [ なし ・ あり ]			
薬物療法	ステロイド薬 : [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬 : [ なし ・ あり ]	生物学的製剤 : [ なし ・ あり ]	
	抗凝固薬 : [ なし ・ あり ]	抗血小板薬 : [ なし ・ あり ]	アルブミン製剤 : [ なし ・ あり ]	
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 ]	
	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 ]	
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 )	通院頻度 ( ) 回/月
	治療見込み期間 (外来)	開始日 : ( 年 月 日 )	終了日 : ( 年 月 日 )	
就学・就労状況	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

告示番号		3		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	26 家族性若年性高尿酸血症性腎症				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 ]		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		
	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		
血液ガス分析	pH:( )・未実施	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施	BE:( )・未実施	anion gap:( )・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 )				
	腎石灰化:[ なし ・ あり ]		所見 (その他):( )				
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( 年 月 日 )				
	腎石灰化:[ なし ・ あり ]		所見 (その他):( )				
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):( )						

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 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 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
血液ガス分析	pH：( )・未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ：( )・未実施 BE：( )・未実施 anion gap：( )・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 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )
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：( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	降圧薬：[ 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

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 (新規申請用)		1/3		
病名	27 常染色体優性尿管間質性腎疾患					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 ]		尿糖:[ なし ・ あり ]		腎機能低下:[ なし ・ あり ]		夜尿:[ なし ・ あり ]
	その他	尿失禁:[ 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 ]		尿糖:[ なし ・ あり ]		腎機能低下:[ なし ・ あり ]		夜尿:[ なし ・ あり ]
	その他	尿失禁:[ 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 ]		赤血球数:( )個/視野		白血球尿:[ なし ・ あり ]		蛋白尿:[ なし ・ あり ]			
	白血球数:( )個/視野		尿糖 (定性):[ 陰性 ・ 1+以上 ]		尿中蛋白量:( )mg/dL		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		左長径:( )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):( )									

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 (新規申請用) **2/3**

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 左長径：( ) 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

告示番号 **29** 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	<b>28</b> ネフロン癆			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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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 ]		多飲:[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]	
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]		Caroli病:[ なし ・ あり ]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]				脳・脊髄形成異常:[ なし ・ あり ]	
	眼	視力障害:[ なし ・ あり ]					
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ]		多飲:[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]	
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]		Caroli病:[ なし ・ あり ]			
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]				脳・脊髄形成異常:[ なし ・ あり ]	
	眼	視力障害:[ なし ・ あり ]					
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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	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		総ビリルビン:( )mg/dL		
	AST:( )U/L		ALT:( )U/L		γ-GTP:( )U/L		
	血清Na:( )mEq/L		血清K:( )mEq/L				
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 (頭部):[ 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:( )						
眼科学的検査	眼科学的検査:[ 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):( )						

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
尿検査	尿尿: [ 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	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 総ビリルビン: ( ) mg/dL AST: ( ) U/L ALT: ( ) U/L γ-GTP: ( ) U/L 血清Na: ( ) mEq/L 血清K: ( ) mEq/L			
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 (頭部): [ 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: ( )			
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 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: ( )			
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )			
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]			
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 )			
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 術式: ( )			
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

告示番号 **14** 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	<b>29 腎血管性高血圧</b>			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 ]		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	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Na:( )mEq/L		
	血清K:( )mEq/L		血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施		
	腎静脈血レニン活性 (腎静脈サンプリング血による):[ 未実施 ・ 実施 ]						
	所見:( )						
	カプトプリル負荷試験:[ 未実施 ・ 実施 ]						
	所見:( )						
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:( )						
	腎血管造影:[ 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):( )						

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	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 ] 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 血清クレアチニン: ( )mg/dL 血清K: ( )mEq/L	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 血漿レニン活性 (PRA): ( )ng/mL/hr・未実施	BUN: ( )mg/dL 血清Na: ( )mEq/L 血漿アルドステロン: ( )pg/mL・未実施
	腎静脈血レニン活性 (腎静脈サンプリング血による): [ 未実施 ・ 実施 ]		
	所見: ( )		
カプトプリル負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]			
所見: ( )			
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: ( )			
腎血管造影: [ 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: ( )		
既往歴	急性尿細管壊死・腎虚血の既往: [ なし ・ あり ] その際の透析療法の有無: [ なし ・ あり ]	発症年月日: ( 年 月 日 ) 実施日: ( 年 月 日 )	
本症の原因	繊維筋性異形成: [ なし ・ あり ] ウィリアムズ症候群: [ なし ・ あり ] 本症の原因 (その他): ( )	高安病: [ なし ・ あり ] 神経線維腫症: [ なし ・ あり ]	腹部大動脈縮窄症: [ なし ・ あり ] 腹部手術合併症: [ なし ・ あり ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月: ( 年 月 ) 導入年月: ( 年 月 )	
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )		
移植	腎移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 先行的腎移植: [ なし ・ あり ]	実施日: ( 年 月 日 ) 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

告示番号		15		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	30 腎静脈血栓症							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 ]		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	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		抗CLβ <sub>2</sub> GP1抗体:( )U/mL・未実施								
	AT-III活性:( )%・未実施		プロテインC活性:( )%・未実施		プロテインS活性:( )%・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 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( 年 月 日 )		所見:( )								
	造影CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( 年 月 日 )		部位:( ) 所見:( )								
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 ]		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	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		抗CLβ <sub>2</sub> GP1抗体:( )U/mL・未実施								
	AT-III活性:( )%・未実施		プロテインC活性:( )%・未実施		プロテインS活性:( )%・未実施								

告示番号	15	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
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:	( )
	造影CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:	( 年 月 日 )	部位:	( )
		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: ( )				
本症の原因	本症の原因: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ]		
	抗凝固薬: [ なし ・ あり ]	抗血小板薬: [ なし ・ あり ]	アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]		
	降圧薬: [ なし ・ あり ]				
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 )		
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )				
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

告示番号		16		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	31 腎動静脈瘻							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 ]							
	呼吸器・循環器	腹部血管雑音:[ 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 ]							
	呼吸器・循環器	腹部血管雑音:[ 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 ]		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	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		血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施								
	血漿アルドステロン:( )pg/mL・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 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( 年 月 日 )		所見:( )								
	腎血管造影:[ 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):( )												
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		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		血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施								
	血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施												

告示番号 16		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
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: ( )			
	腎血管造影: [ 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: ( )			
本症の原因	本症の原因: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ]	
	抗凝固薬: [ なし ・ あり ]	抗血小板薬: [ なし ・ あり ]	アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]	
	降圧薬: [ なし ・ あり ]			
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 )		
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )			
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

告示番号		18		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	32 尿細管性アシドーシス							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 ] 腎石灰化:[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
	眼	白内障:[ なし ・ あり ] 緑内障:[ なし ・ あり ]											
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ] 腎石灰化:[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
	眼	白内障:[ なし ・ あり ] 緑内障:[ なし ・ あり ]											
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 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 ] 尿糖:[ なし ・ あり ]												
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						
	血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施			血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施									
血ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施		BE:( )・未実施		anion gap:( )・未実施						

告示番号 **18** 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) **2/3**

画像検査	超音波検査 (腎・尿路): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )			
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 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )			
聴力検査	聴力検査: [ 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): ( )			
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 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 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 ] 尿糖: [ なし ・ あり ]			
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 血漿レニン活性 (PRA): ( ) ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン: ( ) pg/mL ・ 未実施			
血液ガス分析	pH: ( ) ・ 未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : ( ) ・ 未実施 BE: ( ) ・ 未実施 anion gap: ( ) ・ 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 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )			
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 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )			
聴力検査	聴力検査: [ 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: ( )			
既往歴	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	降圧薬: [ 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

<b>告示番号</b>	<b>4</b>	<b>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)</b>		<b>1/3</b>
-------------	----------	--	--	------------

病名	<b>33 ギッテルマン (Gitelman) 症候群</b>				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 ]		腎石灰化:[ 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 ]		腎石灰化:[ 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 ]		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				
	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 ]				
	尿糖:[ なし ・ あり ]		尿比重:( )						
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				
	血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施						
血液ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施		BE:( )・未実施		anion gap:( )・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 )				
	腎石灰化:[ なし ・ あり ]				所見 (その他):( )				
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日:( 年 月 日 )				
	腎石灰化:[ なし ・ あり ]				所見 (その他):( )				
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):( )								

告示番号 **4** 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) **2/3**

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 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 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 ] 尿糖: [ なし ・ あり ] 尿比重: ( )
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 血漿レニン活性 (PRA): ( ) ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン: ( ) pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH: ( ) ・ 未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : ( ) ・ 未実施 BE: ( ) ・ 未実施 anion gap: ( ) ・ 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 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )
	画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )
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: ( )
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	降圧薬: [ 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

告示番号		30		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	34 バーター (Bartter) 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)			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 ]		腎石灰化:[ 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 ]		腎石灰化:[ 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 ]		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					
	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 ]					
	尿糖:[ なし ・ あり ]		尿比重:( )							
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					
	血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施							
血液ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施		BE:( )・未実施		anion gap:( )・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 )		腎石灰化:[ なし ・ あり ]		所見 (その他):( )			
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日:( 年 月 日 )		腎石灰化:[ なし ・ あり ]		所見 (その他):( )			
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):( )									

告示番号 **30** 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) **2/3**

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 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 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 ] 尿糖：[ なし ・ あり ] 尿比重：( )
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 血漿レニン活性 (PRA)：( ) ng/mL/hr・未実施 血漿アルドステロン：( ) pg/mL・未実施
血液ガス分析	pH：( )・未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ：( )・未実施 BE：( )・未実施 anion gap：( )・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 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )
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：( )
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	降圧薬：[ 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

告示番号 <b>17</b>		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	<b>35 腎尿管結石</b>			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 ]	腎石灰化：[ 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 ]	腎石灰化：[ 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 ] 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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：( )・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			
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：( )							
腎尿管膀胱単純撮影 (KUB)：[ 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)：( )							
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 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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：( )・未実施							

告示番号 **17** 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) **2/3**

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 血清尿酸：( )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 ) 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：( )		
	腎尿管膀胱単純撮影（KUB）：[ 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：( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		
本症の原因	本症の原因：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )		
経過（申請時） ※直近の状況を記載			
薬物療法	利尿薬：[ なし ・ あり ] その他：( )	降圧薬：[ なし ・ あり ]	球形吸着炭：[ なし ・ あり ]
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月：( 年 月 )	導入年月：( 年 月 )
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )		
移植	腎移植：[ 未実施 ・ 実施 ] 先行的腎移植：[ なし ・ あり ]	実施日：( 年 月 日 )	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

告示番号		49		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	36 慢性腎不全 (腎腫瘍によるものに限る。)					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 ]		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	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							
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:( )									
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):( )									
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		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							
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:( )									

告示番号 **49** 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**

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：( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		
本症の原因	原因となった腎腫瘍：( )		
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 )		
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )		
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

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		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 ]		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	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				
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:( )						
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 ]		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	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				
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:( )						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他):( )						

告示番号 <b>48</b> 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) <b>2/2</b>	
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

告示番号		10		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	38 多発性嚢胞腎							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		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 ]						
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]		Caroli病:[ なし ・ あり ]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 遺伝形式 (症状からの推定含む): [ 常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明 ] 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 ]						
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]		Caroli病:[ なし ・ あり ]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 遺伝形式 (症状からの推定含む): [ 常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明 ] 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	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		総ビリルビン:( )mg/dL								
	AST:( )U/L		ALT:( )U/L		γ-GTP:( )U/L								
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:( )												
	超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )												

告示番号	10	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)	2/3
画像検査	画像検査 (腹部：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 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 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		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 ]		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	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		総ビリルビン：( )mg/dL
	AST：( )U/L		ALT：( )U/L		γ-GTP：( )U/L
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
	超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
画像検査	画像検査 (腹部：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 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 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
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：( )				
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
	新生児期の異常：[ なし ・ あり ]		詳細：( )		
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 ]
	トルパブタン：[ なし ]		腎疾患に対するパリプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		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 )		
手術	腎摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	術式：[ 両側 ・ 右 ・ 左 ]		治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]		
手術	手術 (その他)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	術式：( )				
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

告示番号		11		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	39 低形成腎							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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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 ]											
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]											
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ]											
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]											
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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	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												
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：( )												
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )												
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )												

告示番号 **11** 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) **2/3**

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)：( )		
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 <sub>2</sub> 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 ] 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：( )		
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( )		
	基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )		
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
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 ] 腎疾患に対するパルプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )		
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )		
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

告示番号		8		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	40 腎無形成				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		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 ]	
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]					
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ]		所見:( )			
	外表奇形:[ なし ・ あり ]		所見:( )				
	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 ]	
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]					
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ]		所見:( )			
	外表奇形:[ なし ・ あり ]		所見:( )				
	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	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				
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:( )						

告示番号	8	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)	2/3
画像検査	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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): ( )		
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 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		
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: ( )		
	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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: ( )		
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
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 ] 腎疾患に対するパリプズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )		
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )		
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

告示番号	12	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	41 ポッター (Potter) 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)	体重 (測定日)
	年 月 日		kg ( SD)
			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	
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 ]	
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]	
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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	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		
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:( )		
	排尿時膀胱尿管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		

告示番号 **12** 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) **2/3**

画像検査	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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): ( )		
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 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		
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: ( )		
	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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: ( )		
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
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 ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )		
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )		
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

告示番号		9		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	42 多嚢胞性異形成腎					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 ]		
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]								
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ]			所見：( )					
	外表奇形：[ なし ・ あり ]			所見：( )						
	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 ]		
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]								
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ]			所見：( )					
	外表奇形：[ なし ・ あり ]			所見：( )						
	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	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							
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：( )									

告示番号	9	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)	2/3
画像検査	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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): ( )		
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 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		
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: ( )		
	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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: ( )		
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
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 ] 腎疾患に対するパリプズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )		
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )		
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

告示番号		6		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	43 寡巨大糸球体症					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 ]			
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]								
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ]			
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]								
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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	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							
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:( )									

告示番号	6	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)	2/3
画像検査	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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): ( )				
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	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		
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: ( )		
	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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: ( )			
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ]	詳細: ( )			
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]			
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 ]		
	腎疾患に対するパルプズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		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 )			
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	術式: ( )		
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

告示番号		7		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	44 鯨耳腎症候群					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)			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 ] 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見:[ 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 ]								
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ] 耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める:[ なし ・ あり ]								
	その他	第2鯨耳奇形 (鯨溝性瘻孔あるいは鯨溝性嚢胞):[ 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 ] 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見:[ 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 ]								
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ] 耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める:[ なし ・ あり ]								
	その他	第2鯨耳奇形 (鯨溝性瘻孔あるいは鯨溝性嚢胞):[ なし ・ あり ] 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	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						
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:( )									
	排尿時膀胱尿管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )									
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )									

告示番号 **7** 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) **2/3**

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)：( )		
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	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 ] 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 ] 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：( )		
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	利尿薬：[ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 薬物療法 (その他)：( )	降圧薬：[ なし ・ あり ]	球形吸着炭：[ なし ・ あり ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月：( 年 月 ) 導入年月：( 年 月 )	
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )		
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

告示番号 <b>13</b>		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	45 38から44までに掲げるもののほか、腎奇形			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)		
		年 月 日	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 (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							
具体的な疾病名	( )			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 ]	
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]					
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ]	
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]					
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 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 血清クレアチニン：( )mg/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 ] 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：( )						

画像診断	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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)：( )
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 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
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：( )
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( )
	基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]
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 ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )
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

告示番号		19		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	46 閉塞性尿路疾患							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 ]							
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ]							
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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	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										
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:( )												

告示番号 **19** 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) **2/3**

画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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)：( )
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 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
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：( )
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( )
	基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ] 尿路感染症の既往：[ なし ・ あり ]
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 ] 腎疾患に対するパルプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )
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 ( )

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

告示番号	20	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	47 膀胱尿管逆流 (下部尿路の閉塞性尿路疾患による場合を除く。)				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		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 ]					
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]					
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ]					
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]					
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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	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						
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )						
	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：( )						

画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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)：( )
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 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
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：( )
	排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[ 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：( ) 基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ] 尿路感染症の既往：[ なし ・ あり ]
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 ] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )
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

告示番号	21	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	48 46及び47に掲げるもののほか、尿路奇形			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 日	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						
具体的な疾病名	( )	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 ]				
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]				
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ]				
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]				
	その他	内・外性器異常：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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	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					
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					

告示番号 **21** 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) **2/3**

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)：( )		
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	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 ] 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 ] 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：( )		
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：( )		
	基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )		
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ] 尿路感染症の既往：[ なし ・ あり ]		
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 ] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )		
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )		
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

告示番号		2		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	49 萎縮腎 (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		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 ]		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	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				
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:( )						
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 ]		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	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				
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:( )						
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: ( ) 基礎疾患 (症候群等): [ 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 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]
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 )
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )
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

告示番号		31		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	50 ファンコーニ (Fanconi) 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)			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	白内障:[ なし ・ あり ]		緑内障:[ 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 ]					
	眼	白内障:[ なし ・ あり ]		緑内障:[ 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 ]		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	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 ]						
	尿糖:[ なし ・ あり ]										
	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							
血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施									
血液ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施		BE:( )・未実施		anion gap:( )・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 )										
	腎石灰化:[ なし ・ あり ] 所見 (その他):( )										
遺伝学的検査	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )										
	腎石灰化:[ なし ・ あり ] 所見 (その他):( )										
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):( )										

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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比: ( )・未実施 尿糖: [ なし ・ あり ]	赤血球数: ( ) 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ( ) 尿pH: ( )	蛋白尿: [ なし ・ あり ] 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン: ( )μg/L・未実施 アミノ酸尿: [ なし ・ あり ・ 未実施 ]
血液検査	血清総蛋白: ( )g/dL 血清クレアチニン: ( )mg/dL 血清Na: ( )mEq/L 血清Ca: ( )mg/dL 血漿レニン活性 (PRA): ( )ng/mL/hr・未実施	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 血清K: ( )mEq/L 血清P: ( )mg/dL 血漿アルドステロン: ( )pg/mL・未実施	BUN: ( )mg/dL 血清尿酸: ( )mg/dL 血清Cl: ( )mEq/L 血清Mg: ( )mg/dL
血液ガス分析	pH: ( )・未実施	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : ( )・未実施	BE: ( )・未実施 anion gap: ( )・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 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )		
	画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ) 腎石灰化: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )		
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: ( )		
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )		
既往歴	胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	降圧薬: [ 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

告示番号		51		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	51 ロウ (Lowe) 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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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 ]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	眼	白内障:[ なし ・ あり ]		緑内障:[ 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 ]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	眼	白内障:[ なし ・ あり ]		緑内障:[ 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 ]		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								
	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 ]								
	尿糖:[ なし ・ あり ]												
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								
	血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施										
血液ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :( )・未実施		BE:( )・未実施		anion gap:( )・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 )												
	腎石灰化:[ なし ・ あり ] 所見 (その他):( )												
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )												
	腎石灰化:[ なし ・ あり ] 所見 (その他):( )												

告示番号 **51** 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) **2/3**

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)：( )			
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 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 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 ] 尿糖：[ なし ・ あり ]			
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 血漿レニン活性 (PRA)：( ) ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：( ) pg/mL ・ 未実施			
血液ガス分析	pH：( ) ・ 未実施 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ：( ) ・ 未実施 BE：( ) ・ 未実施 anion gap：( ) ・ 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 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 腎石灰化：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )			
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：( ) 基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )			
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )			
既往歴	胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
薬物療法	降圧薬：[ 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