

病名	35 腎尿管結石										受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続</div> <div><input type="checkbox"/> 転入</div>		転出実施主体名 → ()		
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 (ー) 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 (申請時) ※直近の状況を記載																	
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)：()															
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 ₂ 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)：()															
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] 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