

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------|--|--|--|--|----------------------|--|-------------------|--|--|--|---------|--|
| 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〈継続申請用〉 | | 1/3 | |
| 病名 | | 18 非典型溶血性尿毒症候群 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → () | | | |
| 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) 年 月 日 | | 体重 (測定日) | | kg (SD) 年 月 日 | | BMI | | | |
| | | | | | | | | | | 肥満度 | | % | |
| 手帳取得状況 | | 身体障害者手帳 | | なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級) | | | | | | 療育手帳 | | なし ・ あり | |
| | | 精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳) | | なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級) | | | | | | | | | |
| 現状評価 | | 治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 | | | | | | 運動制限の必要性 | | なし ・ あり | | | |
| | | 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 | | する ・ しない ・ 不明 | | 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 | | する ・ しない ・ 不明 | | | | | |
| 臨床所見 (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] 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 (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 | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | | ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /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 β ₂ 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：() | | | | | | | | | | | |

