

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〈継続申請用〉		1/2	
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"/> 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)		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    ]      発熱：[    なし    ・    あり    ]											
	腎・泌尿器	血尿：[    なし    ・    あり    ]      蛋白尿：[    なし    ・    あり    ]      腎機能低下：[    なし    ・    あり    ]											
	呼吸器・ 循環器	呼吸障害：[    なし    ・    あり    ]      咳嗽：[    なし    ・    あり    ]      血痰・咯血：[    なし    ・    あり    ]      肺泡出血：[    なし    ・    あり    ] 間質性肺炎：[    なし    ・    あり    ]											
	皮膚・粘膜	紫斑：[    なし    ・    あり    ]      口腔内潰瘍：[    なし    ・    あり    ]											
	筋・骨格	関節炎：[    なし    ・    あり    ]      関節痛：[    なし    ・    あり    ]      筋炎：[    なし    ・    あり    ]      筋痛：[    なし    ・    あり    ]											
	消化器	消化管出血：[    なし    ・    あり    ]											
	精神・神経	神経症状：[    なし    ・    あり    ]      神経炎 (感覚障害)：[    なし    ・    あり    ]      神経炎 (運動障害)：[    なし    ・    あり    ]											
	耳鼻咽喉	難聴：[    なし    ・    あり    ]      中耳炎：[    なし    ・    あり    ]      鞍鼻：[    なし    ・    あり    ]											
	眼	視力障害：[    なし    ・    あり    ]      強膜炎：[    なし    ・    あり    ]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[    投薬による寛解ではない    ・    投薬による寛解である    ] 症状 (その他)：(      )											
検査所見 (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      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：(      )											
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 ]			
	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			（      ）			

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