



受給者番号（ ）患者氏名（ ）2025a-001

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〈継続申請用〉2/2

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 ] 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 ）		
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  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日 年 月 日  
診断年月日 年 月 日  
  
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