

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〉		1/2	
病名		17 非典型溶血性尿毒症症候群							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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													
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 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/○157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：()											

受給者番号（		患者氏名（		）		
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〉				2/2
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 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CLβ 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：（ ）					
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：[なし ・ あり] 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] 成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]					
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				
医療機関住所		診療科 医師名 (印)				
小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）						