

告示番号		33		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		11 抗糸球体基底膜腎炎（グッドパスチャー（Goodpasture）症候群）								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (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 ]											
	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 ] 血痰・咯血：[ なし ・ あり ] 肺胞出血：[ 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		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 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											
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：( )											
		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		画像検査 (胸部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査名：( ) 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：( )											
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 ] 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 ]											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	33	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
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 (      )							