

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|--|
| 告示番号 | | 12 | | 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 | | 27 腎血管性高血圧 | | | | | | 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) 年 月 日 | | 体重 (測定日) | | kg (SD) 年 月 日 | | BMI | | | |
| | | | | | | | | | | 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] | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 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 | | 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 | | 血清Na：()mEq/L | | | | | | | |
| | | 血清K：()mEq/L | | 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr・未実施 | | 血漿アルドステロン：()pg/mL・未実施 | | | | | | | |
| 腎静脈血レニン活性 (腎静脈サンプリング血による)：[未実施 ・ 実施] | | 所見：() | | | | | | | | | | | |
| | | カプトプリル負荷試験：[未実施 ・ 実施] 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：() | | | | | | | | | | | |
| | | 腎血管造影：[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：() | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | | 急性尿管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] | | | | 発症年月日：(年 月 日) | | 実施日：(年 月 日) | | | | | |
| 本症の原因 | | 繊維筋性異形成：[なし ・ あり] ウィリアムス症候群：[なし ・ あり] 本症の原因 (その他)：() | | | | 高安病：[なし ・ あり] 神経線維腫症：[なし ・ あり] | | 腹部大動脈縮窄症：[なし ・ あり] 腹部手術合併症：[なし ・ あり] | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 **12** 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

経過（申請時） ※直近の状況を記載

| | | | |
|------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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] | 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) |

[illegible]

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 移植 | 腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 先行の腎移植：[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 | (| |) |