

|                          |         |  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
|--------------------------|---------|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|-----------------------|---------------|--|--|
| 告示番号                     |         | 31   |  | 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                       |         | 15 急速進行性糸球体腎炎（顕微鏡的多発血管炎によるものに限る。）  |  |  |               |   |  |                      |  | 受付種別                  |               | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |  |
| 受給者番号                    |         |  |  | 受診日                                      |               | 年 月 日                                       |  |                      |  |                       |               |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |         |  |  |  |               | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             |         | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                 |               | 体重<br>(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 ] 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 ] 肺胞出血：[ なし ・ あり ]<br>間質性肺炎：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
|                          | 皮膚・粘膜   | 紫斑：[ 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 ]   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
|                          | 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 ]<br>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 ]<br>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 好酸球数：( )/μL 血清総蛋白：( )g/dL<br>血清アルブミン：( )g/dL BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL<br>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<br>C3：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施<br>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 )<br>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 )<br>所見：( )  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
|                          |         | 単純X線検査 (胸部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
|                          |         | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
| 病理検査                     |         | 腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |
| 検査所見 (その他)               |         | 検査所見 (その他)：( )   |  |  |               |   |  |                      |  |                       |               |  |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

|                        |  |       |   |                    |    |                       |     |
|------------------------|--|-------|---|--------------------|----|-----------------------|-----|
| 告示番号                   | 31   | 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                    | 気管支喘息：[ なし ・ あり ]<br>合併症 (その他)：( )   |       |   |                    |    |                       |     |
| 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：[ 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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：( 年 月 )<br>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 )<br>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 )<br>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              |    |                       |     |
| 医療機関住所                 |  |       |   | 年 月 日              |    |                       |     |
|                        |  |       |   | 診療科                |    |                       |     |
|                        |  |       |   | 医師名                |    |                       |     |
|                        |  |       |   | (印)                |    |                       |     |
|                        |  |       |   | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |    |                       |     |