

告示番号		32		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		16 急速進行性糸球体腎炎（多発血管炎性肉芽腫症によるものに限る。）										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 ] 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 ] 間質性肺炎：[ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍：[ 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 ]													
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ] 中耳炎：[ なし ・ あり ] 鞍鼻：[ 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 ] 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		白血球数：( )/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 CRP：( )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													
生理機能検査		心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 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：( )													
		単純X線検査 (胸部)：[ 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 ) 所見：( )													

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	32	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
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: ( )											
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 ]											
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。												
<div> <div>医療機関名</div> <div>医療機関住所</div> </div> <div> <div>記載年月日</div> <div>年      月      日</div> </div> <div> <div>診療科</div> <div>医師名</div> </div> <div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )</div> <div>(印)</div> </div>												