

告示番号		42		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		14 ループス腎炎						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 ] 漿膜炎：[ 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 ] 肺泡出血：[ なし ・ あり ] 動静脈血栓症：[ なし ・ あり ] 間質性肺炎：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	紫斑：[ なし ・ あり ] 頬部紅斑：[ なし ・ あり ] 光線過敏：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 口腔内潰瘍：[ なし ・ あり ] ディスコイド疹：[ 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	腹痛：[ 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 ] 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 ]											
	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 リン/球：( )% ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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 C3：( )mg/dL C4：( )mg/dL CH50：( )U/mL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：( )IU/mL・未実施 抗SS-A (／Ro) 抗体：( )U/mL・未実施 抗SS-B (／La) 抗体：( )U/mL・未実施 抗U1-RNP抗体：( )U/mL・未実施 抗Sm抗体：( )U/mL・未実施 抗CL β <sub>2</sub> GP1抗体：( )U/mL・未実施 ADAMTS13活性：( )% 血清梅毒反応：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] ループスアンチコアグラント：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]											
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：( )											
		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		42		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	
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：( )													
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 ]													
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 ]													
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 ( )													