

告示番号		23		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		1 フィンランド型先天性ネフローゼ症候群								受付種別		☐ 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg											
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	その他	症状 (その他)：()											
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											
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL											
羊水検査		羊水中α-フェトプロテイン：()ng/dL・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：()											
		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：()											
病理検査		巨大胎盤 (出生体重の25%以上)：[なし ・ あり ・ 不明] 胎盤重量：()g											
		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											

受給者番号（		）		患者氏名（		）																							
告示番号		23		慢性腎疾患（		）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2																	
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															
		総コレステロール：（				）mg/dL				C3：（				）mg/dL															
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		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：（																											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年		月		日		）							
		所見：（																											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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]				敗血症：[なし ・ あり]				胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]																			
経過（申請時） ※直近の状況を記載																													
臨床経過		先天性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり]												発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい]															
薬物療法		ステロイド薬：[なし ・ あり]				免疫抑制薬：[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]				利尿薬：[なし ・ あり]																			
		インドメタシン：[なし ・ あり]				甲状腺ホルモン：[なし ・ あり]				降圧薬：[なし ・ あり]																			
		生物学的製剤：[なし ・ あり]				腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]																							
薬物療法		免疫グロブリン補充療法（定期）：[なし ・ あり]												治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]															
		特記事項：（																											
薬物療法		予防投与（抗菌薬）：[なし ・ あり]												治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]															
		特記事項：（																											
栄養管理		中心静脈栄養：[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		）															
手術		腎摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：（				年		月		日		）													
		術式：[両側 ・ 右 ・ 左]				治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]																							
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（	
今後の治療方針		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																											
医療機関住所		小児慢性特定疾病 指定医番号（																											

告示番号		22		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2									
病名		2 びまん性メサンギウム硬化症								受付種別		☐ 新規									
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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg																			
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]																			
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]																			
	その他	Wilms腫瘍：[なし ・ あり] 免疫抑制薬またはステロイド薬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]																			
		内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()																			
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()																			
症状 (その他)：()																					
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																			
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]																			
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]																			
	その他	Wilms腫瘍：[なし ・ あり] 免疫抑制薬またはステロイド薬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]																			
		内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()																			
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()																			
症状 (その他)：()																					
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL																			
羊水検査		羊水中α-フェトプロテイン：()ng/dL・未実施																			

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号	22	慢性腎疾患（							
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：（ ）								
病理検査	巨大胎盤（出生体重の25%以上）：[なし ・ あり ・ 不明] 胎盤重量：（ ）g								
	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：（ ）								
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								
	総コレステロール：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL								
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：（ ）								
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	基礎疾患（症候群等）：[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] 敗血症：[なし ・ あり] 胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]								
経過（申請時） ※直近の状況を記載									
臨床経過	先天性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい]								
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[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] 利尿薬：[なし ・ あり]								
	インドメタシン：[なし ・ あり] 甲状腺ホルモン：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]								
	生物学的製剤：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]								
薬物療法	免疫グロブリン補充療法（定期）：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]								
	特記事項：（ ）								
薬物療法	予防投与（抗菌薬）：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]								
	特記事項：（ ）								
栄養管理	中心静脈栄養：[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 ）								
手術	腎摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ）								
	術式：[両側 ・ 右 ・ 左] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]								
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		(		)			

告示番号		21		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		3 微小変化型ネフローゼ症候群								受付種別		☐ 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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	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] 発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは概ね過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[なし ・ あり] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
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	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] 発症半年以内に3回以上、あるいは概ね過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[なし ・ あり] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施						赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]					
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施						血清アルブミン：()g/dL 血清シタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 BUN：()mg/dL					
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)					
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)					
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		21		慢性腎疾患（ ） 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
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] 尿中蛋白量：（ ）mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：（ ）μg/L・未実施				赤血球数：（ ）個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（ ） 蛋白尿：[なし ・ あり]			
血液検査		血清総蛋白：（ ）g/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL 総コレステロール：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施				血清アルブミン：（ ）g/dL 血清シスタチンC：（ ）mg/L・未実施 C3：（ ）mg/dL 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 BUN：（ ）mg/dL			
画像検査		超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）				実施日：（ 年 月 日 ）			
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）				実施日：（ 年 月 日 ）			
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：（ ）							
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：[いいえ ・ はい]							
薬物療法		プレドニゾロン：投与量（初発時）：（ ）mg/kg ・ mg/m ² ・ 不明 投与法（初発時）：[国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明]							
		ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり]				免疫抑制薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]			
		抗凝固薬：[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] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]				導入年月：（ 年 月 ） 導入年月：（ 年 月 ） LDLアフェレシス：[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		（ ）	

告示番号		20		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		4 巣状分節性糸球体硬化症							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 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] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 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] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施					赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]						
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施					血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 BUN：()mg/dL						
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 所見：()					実施日：(年 月 日)						
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()					実施日：(年 月 日)						

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	20	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（）					実施日：（ 年 月 日 ）
検査所見（その他）	検査所見（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] 尿中蛋白量：（）mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：（）μg/L・未実施		赤血球数：（）個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（）		蛋白尿：[なし ・ あり]	
血液検査	血清総蛋白：（）g/dL 血清クレアチニン：（）mg/dL 総コレステロール：（）mg/dL 抗核抗体：（）倍・未実施		血清アルブミン：（）g/dL 血清シスタチンC：（）mg/L・未実施 C3：（）mg/dL 抗dsDNA抗体：（）IU/mL・未実施		BUN：（）mg/dL	
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）			
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（）		実施日：（ 年 月 日 ）			
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：（）					
	基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり] 詳細：（）					
家族歴	本疾患の家族歴：[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：[いいえ ・ はい] 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	プレドニゾロン：投与量（初発時）：（）mg/kg ・ mg/m ² ・ 不明 投与法（初発時）：[国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明]					
	ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり]		免疫抑制薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]			
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]		導入年月：（ 年 月 ） 導入年月：（ 年 月 ） LDLアフェレシス：[未実施 ・ 実施]			
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]		実施日：（ 年 月 日 ） 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）		
	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（ ）				

告示番号		24		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		5 膜性腎症						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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	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)：()											
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	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施						赤血球数：() 個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]					
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施						血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 BUN：()mg/dL					
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：()											
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)：()											
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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施						赤血球数：() 個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]					
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施						血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 BUN：()mg/dL					

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		24		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
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：()											
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：()											
基礎疾患		基礎疾患等（続発性の場合）：[なし ・ あり] 詳細（膠原病、感染症、薬剤性他）：()											
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：[いいえ ・ はい] 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)											
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)											

告示番号		25		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2	
病名		1から5までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群 (具体的な疾病名：)										受付種別		☐ 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
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	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]													
		外表奇形：[なし ・ あり]													
所見：()															
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	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]													
		外表奇形：[なし ・ あり]													
所見：()															
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施						赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]							
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施						血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施						BUN：()mg/dL	
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)							
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)							
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)							
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	25	慢性腎疾患	(	)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施			赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：()		蛋白尿：[なし ・ あり]	
血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施			血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施		BUN：()mg/dL	
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：()						
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：()年()月()日 所見：()						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]						
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：[いいえ ・ はい]						
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] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]		導入年月：()年()月()日 導入年月：()年()月()日				
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		通院頻度 ()回／月
	治療見込み期間（外来）		開始日：()年()月()日		終了日：()年()月()日		
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			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			
				(印)			

告示番号		29		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		7 IgA腎症						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 感冒時肉眼的血尿：[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)：()											
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] 感冒時肉眼的血尿：[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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 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 血清IgA：()mg/dL											
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：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた：[なし ・ あり ・ 不明] 初回腎生検で20%以上に半月体を認めた：[なし ・ あり ・ 不明] 所見 (その他)：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (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 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 血清IgA：()mg/dL											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	29	慢性腎疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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：()					
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた：[なし ・ あり ・ 不明] 初回腎生検で20%以上に半月体を認めた：[なし ・ あり ・ 不明] 所見（その他）：()					
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：[いいえ ・ はい] 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] IgA腎症と診断したが、後に紫斑病様の紫斑が出現した：[いいえ ・ はい]					
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]					
手術	扁桃摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)					
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 ()				

告示番号		40		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2									
病名		8 メサンギウム増殖性糸球体腎炎 (IgA 腎症を除く。)								受付種別		☐ 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな						(変更があった場合)															
氏名						ふりがな															
(Alphabet)						(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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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		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)：()																	
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		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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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 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																			
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：()																			
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)：()																			
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 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																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	40	慢性腎疾患	(	)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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：()						
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：()						
基礎疾患	基礎疾患等（二次性の場合）：[なし ・ あり] 詳細（膠原病、感染症、悪性腫瘍他）：()						
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：[いいえ ・ はい] 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			
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 ()			

告示番号		38		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		9 膜性増殖性糸球体腎炎								受付種別		☐ 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな				(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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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	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)：()											
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	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL C4：()mg/dL CH50：()U/mL C3 nephritic factor (C3NeF)：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗核抗体：()倍・未実施 抗dsDNA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：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 組織型：[I型 ・ II型 (DDD) ・ III型] C3腎症の診断に合致：[なし ・ あり] 所見：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											
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											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	38	慢性腎疾患（ ）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
血液検査	血清総蛋白：（ ）g/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL 総コレステロール：（ ）mg/dL CH50：（ ）U/mL 抗核抗体：（ ）倍・未実施 血清アルブミン：（ ）g/dL 血清シスタチンC：（ ）mg/L・未実施 C3：（ ）mg/dL C3 nephritic factor（C3NeF）：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 BUN：（ ）mg/dL C4：（ ）mg/dL				
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：（ ）				
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 組織型：[I型 ・ II型（DDD） ・ III型] C3腎症の診断に合致：[なし ・ あり] 所見：（ ）				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：（ ）				
基礎疾患	基礎疾患等（二次性の場合）：[なし ・ あり] 詳細（膠原病、感染症、悪性腫瘍他）：（ ）				
家族歴	本疾患の家族歴：[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：[いいえ ・ はい] 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] 発症以来 C3、CH50 の正常化を認めない：[いいえ ・ はい]				
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] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 導入年月：（ 年 月 ）				
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 医療機関住所 記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ） (印)					

告示番号		34		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		10 紫斑病性腎炎						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 感冒時肉眼的血尿：[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]											
	消化器	腹痛：[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)：()											
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] 感冒時肉眼的血尿：[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]											
	消化器	腹痛：[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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 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 血清IgA：()mg/dL											
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：()											
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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

34

慢性腎疾患

(

)

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

2/2

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					
	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			血清IgA：()mg/dL		
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：()								
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：[いいえ ・ はい] 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] 発症から2か月以上の紫斑の遷延：[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]			第13因子製剤：[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 () 日					
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]			導入年月：() 年 () 月 () 日					
	血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]								
手術	扁桃摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：() 年 () 月 () 日								
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日			生体腎移植：[なし ・ あり]					
先行的腎移植	[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 ()									

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〈新規申請用〉		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		☐ 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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)：()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 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)：()											

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〈新規申請用〉 2/2

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：() μ g/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

[illegible][illegible]

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：[いいえ ・ はい] 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] 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]
------	---	--	---

血液淨化	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	(		)

告示番号		39		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2					
病名		12 慢性糸球体腎炎（アルポート（Alport）症候群によるものに限る。）										受付種別		☐ 新規					
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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] 感冒時肉眼的血尿：[なし ・ あり]																	
	筋・骨格	びまん性平滑筋腫：[なし ・ あり]																	
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[なし ・ あり]																	
	眼	疾患特異的眼科合併症：[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)：()																	
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] 感冒時肉眼的血尿：[なし ・ あり]																	
	筋・骨格	びまん性平滑筋腫：[なし ・ あり]																	
	耳鼻咽喉	感音性難聴：[なし ・ あり]																	
	眼	疾患特異的眼科合併症：[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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL																	
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：()																	
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		皮膚生検：[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	39	慢性腎疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉			2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
聴力検査	聴力検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
眼科学的検査	眼科学的検査：[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）：（ ）				
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 総コレステロール：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL				
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：（ ）				
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	皮膚生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
聴力検査	聴力検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
眼科学的検査	眼科学的検査：[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：（ ）				
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：[いいえ ・ はい] 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 ）				
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		()	

告示番号		30		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2									
病名		13 エプスタイン (Epstein) 症候群								受付種別		☐ 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな						(変更があった場合)															
氏名						ふりがな															
(Alphabet)						(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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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]																			
	耳鼻咽喉	感受性難聴：[なし ・ あり]																			
	眼	白内障：[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)：()																			
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]																			
	耳鼻咽喉	感受性難聴：[なし ・ あり]																			
	眼	白内障：[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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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		血小板数：()×10 ⁴ /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																			
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：()																			
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
聴力検査		聴力検査：[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

30

慢性腎疾患

(

)

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

2/2

検査所見 (その他)	検査所見 (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	血小板数 : () × 10 ⁴ / 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									
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 : ()									
病理検査	腎生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : () 年 () 月 () 日 所見 : ()									
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : () 年 () 月 () 日 所見 : ()									
聴力検査	聴力検査 : [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 : ()									
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 : [いいえ ・ はい] 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 ()									
移植	腎移植 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : () 年 () 月 () 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 ()										

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		14 ループス腎炎						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 肺胞出血：[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)：()											
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] 肺胞出血：[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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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		白血球数：()/μL リンパ球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /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 ₂ 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]											

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〈新規申請用〉	2/2
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：（ ）			
	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）：（ ）			
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	白血球数：（ ）/μL リンパ球：（ ）% ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /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CLβ ₂ 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：（ ）			
	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：[いいえ ・ はい] 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 （ ）				

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〈新規申請用〉		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		☐ 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	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] 症状 (その他)：()											
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]											
	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] 症状 (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〈新規申請用〉										2/2	
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
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		白血球数：（ ）/μL 好酸球数：（ ）/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									
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：（ ）									
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）：（ ）									
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		白血球数：（ ）/μL 好酸球数：（ ）/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									
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：（ ）									
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		気管支喘息：[なし ・ あり] 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：[いいえ ・ はい] 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（ ）									

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〈新規申請用〉		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		☐ 新規	
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) 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]					
	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)：()												
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]					
	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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		白血球数：()/μL BUN：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍 ・ 未実施 PR3-ANCA：()IU/mL ・ 未実施				血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL CRP：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL ・ 未実施 抗基底膜抗体：()IU/mL ・ 未実施				血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L ・ 未実施 C3：()mg/dL MPO-ANCA：()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：()											

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〈新規申請用〉					2/2
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：（ ）						
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）：（ ）						
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	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：（ ）						
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：[いいえ ・ はい] 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 （ ）							

告示番号		36		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		17 非典型溶血性尿毒症症候群							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]		貧血：[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]					間質性肺炎：[なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]					下痢：[なし ・ あり]		血便：[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]											
	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] 先行感染の有無：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
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]		貧血：[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]					間質性肺炎：[なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]											
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]					下痢：[なし ・ あり]		血便：[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]											
	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL		血小板数：()×10 ⁴ /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		総ビリルビン：()mg/dL							
		AST：()U/L		LDH：()U/L		抗H因子抗体：()AU/mL・未実施							
		血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施		C3：()mg/dL		CH50：()U/mL							
		抗CL β ₂ GP1抗体：()U/mL・未実施		ADAMTS13活性：()%		ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]							
		抗O157抗体/○157抗原検査：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 詳細：()											
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：()											
		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	36	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉					2/2
細菌検査	便培養：[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 ） 末梢血スメアでの破碎赤血球所見：[なし ・ あり] 所見：（ ）						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：（ ）							
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	ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /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 総ビリルビン：（ ）mg/dL AST：（ ）U/L LDH：（ ）U/L 抗H因子抗体：（ ）AU/mL・未実施 血清ハプトグロビン：（ ）mg/dL・未実施 C3：（ ）mg/dL CH50：（ ）U/mL 抗CLβ ₂ GP1抗体：（ ）U/mL・未実施 ADAMTS13活性：（ ）% ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]						
	抗O157抗体／O157抗原検査：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 詳細：（ ）						
	志賀毒素：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 詳細：（ ）						
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：（ ）						
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）						
細菌検査	便培養：[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 ） 末梢血スメアでの破碎赤血球所見：[なし ・ あり] 所見：（ ）						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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]						
	HUSの既往：[なし ・ あり] 発症前使用薬剤の有無：[なし ・ あり] 詳細：（ ）						
本症の原因	補体制御因子異常：[なし ・ あり] 移植関連：[なし ・ あり] 肺炎球菌：[なし ・ あり] HIV：[なし ・ あり] 百日咳：[なし ・ あり] コバラミン代謝異常：[なし ・ あり] 薬剤性：[なし ・ あり] 本症の原因（その他）：（ ）						
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：[いいえ ・ はい] 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] 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] 生物学的製剤：[なし ・ あり]						
	エクリズマブ：[なし ・ あり ・ 不明] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 使用中のCH50：[正常 ・ やや低下 ・ 感度以下]						
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 （ ）							

告示番号		35		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		18 ネイル・パテラ (Nail-Patella) 症候群 (爪膝蓋症候群)						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨・関節症状：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 神経症状：[なし ・ あり]											
	眼	緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
		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]											
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]											
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨・関節症状：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 神経症状：[なし ・ あり]											
	眼	緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
		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]											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL											
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：()											
		単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
病理検査		部位：()											
		所見：()											
		CTまたはMRI検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		部位：()											
		所見：()											
		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	35	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
整形外科的検査	整形外科的検査：[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）：（ ）					
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 総コレステロール：（ ）mg/dL C3：（ ）mg/dL					
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：（ ）					
	単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）					
	CTまたはMRI検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）					
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
整形外科的検査	整形外科的検査：[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：（ ）					
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：[いいえ ・ はい] 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 ）					
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（		）		

告示番号		37		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		19 フィブロネクチン腎症							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 感冒時肉眼的血尿：[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] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
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] 感冒時肉眼的血尿：[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] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 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											
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：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IST-4 (血漿性・細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] IST-9 (細胞性フィブロネクチン) 免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見 (その他)：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

37

慢性腎疾患

(

)

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

2/2

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] 尿中蛋白量：()mg/dL	赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：()	蛋白尿：[なし ・ あり] 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 血清クレアチニン：()mg/dL C3：()mg/dL	血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 抗核抗体：()倍・未実施	BUN：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	()
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年()月()日	()
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] IST-4（血漿性・細胞性フィブロネクチン）免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] IST-9（細胞性フィブロネクチン）免疫染色：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見（その他）：()	実施日：()年()月()日	()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：()		()
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：[いいえ ・ はい]	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]	
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]	導入年月：()年()月()日 導入年月：()年()月()日	
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]	実施日：()年()月()日 生体腎移植：[なし ・ あり]	腎移植後原疾患の再発：[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 医療機関住所		記載年月日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	年 月 日 (印)

告示番号		41		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		20 リポタンパク系球体症						受付種別		☐ 新規			
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		治療 ・ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 感冒時肉眼的血尿：[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 抗高脂血症薬、降圧薬等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)：()											
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] 感冒時肉眼的血尿：[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 抗高脂血症薬、降圧薬等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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 総コレステロール：()mg/dL 中性脂肪 (TG)：()mg/dL アポリポ蛋白E：()mg/dL・未実施 リポ蛋白分画：VLDL増加：[なし ・ あり] IDL増加：[なし ・ あり] C3：()mg/dL 所見 (その他)：()											
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：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 光学顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい] 電子顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい] 所見 (その他)：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

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：() μ g/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
	中性脂肪 (TG)：()mg/dL	アポリポ蛋白E：()mg/dL・未実施	リポ蛋白分画：VLDL 増加：[なし ・ あり]
	IDL 増加：[なし ・ あり]	C3：()mg/dL	
	所見 (その他)：()		

[illegible]

病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	光学顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい]
	電子顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい]
	所見（その他）：()

[illegible]

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：()
-----	------------------------------------

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：[いいえ ・ はい] 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]
------	---

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]	
	LDL アフェレシス：[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] 腎移植後原疾患の再発：[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	(		)

告示番号		43		慢性腎疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2					
病名		7から20までに掲げるもののほか、慢性糸球体腎炎 (具体的な疾病名：)										受付種別		☐ 新規					
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	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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	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)：()																	
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	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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 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：()																	
		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：()																	
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)：()																	
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																	

受給者番号() 患者氏名()

報告番号		43		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
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)												
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
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：[いいえ ・ はい] 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)										
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 ()													

告示番号		47		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		22 慢性尿管間質性腎炎（尿路奇形が原因のものを除く。）								受付種別		☐ 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな				(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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[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)：()											
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]											
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：() 個／視野 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：() ・ 未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL CRP：()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SS-A (／Ro) 抗体：()U/mL ・ 未実施 抗SS-B (／La) 抗体：()U/mL ・ 未実施											
血液ガス分析		pH：() ・ 未実施 HCO ₃ ⁻ ：() ・ 未実施 BE：() ・ 未実施 anion gap：() ・ 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：()											
		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：()											

告示番号		44		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		23 慢性腎盂腎炎						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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)：()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：() 個／視野											
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 CRP：()mg/dL											
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：()											
		排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[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：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (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 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：() 個／視野											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	44	慢性腎疾患（ ） 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
血液検査	血清総蛋白：（ ）g/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL 血清アルブミン：（ ）g/dL BUN：（ ）mg/dL 血清シスタチンC：（ ）mg/L・未実施 CRP：（ ）mg/dL			
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：（ ）			
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）			
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[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：（ ）			
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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]			
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] 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] 利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] その他：（ ）			
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 ）			
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 （ ）				

告示番号		1		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2							
病名		24 アミロイド腎										受付種別		☐ 新規							
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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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] 体重減少：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[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]																			
	筋・骨格	手根管症候群：[なし ・ あり]																			
	消化器	下痢：[なし ・ あり] 肝腫大：[なし ・ あり] 吸収不良症候群：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	感覚運動神経障害：[なし ・ あり] 自律神経障害：[なし ・ あり]																			
	その他	巨舌：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()																			
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] 体重減少：[なし ・ あり] リンパ節腫脹：[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]																			
	筋・骨格	手根管症候群：[なし ・ あり]																			
	消化器	下痢：[なし ・ あり] 肝腫大：[なし ・ あり] 吸収不良症候群：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	感覚運動神経障害：[なし ・ あり] 自律神経障害：[なし ・ あり]																			
	その他	巨舌：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()																			
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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 尿中ベンスジヨンス蛋白 (BJP)：[なし ・ あり ・ 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 CRP：()mg/dL 血中M蛋白：[なし ・ あり]																			
生理機能検査		心電図検査：[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	1	慢性腎疾患（）年度小児慢性特定疾病医療意見書〈新規申請用〉				2/2
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：（ ）					
	超音波検査（心臓）：[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：（ ）					
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
眼科学的検査	眼科学的検査：[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）：（ ）					
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 尿中ベンズジョング蛋白（BJP）：[なし ・ あり ・ 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 CRP：（ ）mg/dL 血中M蛋白：[なし ・ あり]					
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：（ ）					
	超音波検査（心臓）：[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：（ ）					
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
眼科学的検査	眼科学的検査：[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	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 ）					
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（		）		

告示番号		3		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2									
病名		25 家族性若年性高尿酸血症性腎症								受付種別		☐ 新規									
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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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)：()																			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL																			
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()																			
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()																			
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		3		慢性腎疾患		(		)		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
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					
		尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施				尿pH：()				アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 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				血清尿酸：()mg/dL					
		血清Na：()mEq/L				血清K：()mEq/L				血清Cl：()mEq/L					
		血清Ca：()mg/dL				血清P：()mg/dL				血清Mg：()mg/dL					
血液ガス分析		pH：()・未実施				HCO ₃ ⁻ ：()・未実施				BE：()・未実施					
		anion gap：()・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 ()									
		腎石灰化：[なし ・ あり]													
		所見（その他）：()													
		画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施]				実施日：() 年 () 月 () 日 ()									
		腎石灰化：[なし ・ あり]													
		所見（その他）：()													
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施]				実施日：() 年 () 月 () 日 ()									
		所見：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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：()													
経過（申請時） ※直近の状況を記載															
薬物療法		降圧薬：[なし ・ あり]													
		薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()													
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 ()									
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 ()															

告示番号		26		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		26 ネフロン癆						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 多飲：[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] 多尿：[なし ・ あり]											
	消化器	肝線維症：[なし ・ あり] Caroli病：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 脳・脊髄形成異常：[なし ・ あり]											
	眼	視力障害：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 症状 (その他)：()											
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] 多飲：[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] 多尿：[なし ・ あり]											
	消化器	肝線維症：[なし ・ あり] Caroli病：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 脳・脊髄形成異常：[なし ・ あり]											
	眼	視力障害：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 総ビリルビン：()mg/dL AST：()U/L ALT：()U/L γ-GTP：()U/L 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L											
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：()											
		CTまたはMRI検査 (頭部)：[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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
眼科学的検査		眼科学的検査：[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)：()											

受給者番号（		患者氏名（		）	
告示番号		26		慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	
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 総ビリルビン：（）mg/dL AST：（）U/L ALT：（）U/L γ-GTP：（）U/L 血清Na：（）mEq/L 血清K：（）mEq/L				
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：（）				
	CTまたはMRI検査（頭部）：[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：（）				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（）年（）月（）日（） 所見：（）				
眼科学的検査	眼科学的検査：[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：（）				
	基礎疾患（症候群等）：[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	急性尿細管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] 発症年月日：（）年（）月（）日（） その際の透析療法の有無：[なし ・ あり] 実施日：（）年（）月（）日（） 胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]				
経過（申請時）※直近の状況を記載					
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] その他：（）				
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（）年（）月（）日（） 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（）年（）月（）日（）				
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（）年（）月（）日（） 術式：（）				
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（		）	

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		27 腎血管性高血圧						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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)：()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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							
画像検査		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：()											
検査所見 (その他)		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：()											
検査所見 (その他)		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)：()											

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〈新規申請用〉	2/2
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	急性尿細管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] 発症年月日：(年 月 日) その際の透析療法の有無：[なし ・ あり] 実施日：(年 月 日)					
本症の原因	繊維筋性異形成：[なし ・ あり] 高安病：[なし ・ あり] 腹部大動脈縮窄症：[なし ・ あり] ウィリアムス症候群：[なし ・ あり] 神経線維腫症：[なし ・ あり] 腹部手術合併症：[なし ・ あり] 本症の原因（その他）：()					
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] 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)					
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()					
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 ()					

告示番号		13		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		28 腎静脈血栓症							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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)：()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 抗CLβ ₂ GP1抗体：()U/mL ・ 未実施 AT-III活性：()% ・ 未実施 プロテインC活性：()% ・ 未実施 プロテインS活性：()% ・ 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：()											
		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：()											
		造影CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (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 抗CLβ ₂ GP1抗体：()U/mL ・ 未実施 AT-III活性：()% ・ 未実施 プロテインC活性：()% ・ 未実施 プロテインS活性：()% ・ 未実施											

受給者番号（		）		患者氏名（		）	
告示番号	13	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉					2/2
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：（ ）						
	造影CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 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：（ ）						
本症の原因	本症の原因：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）						
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] 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 ）						
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）						
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		()	

告示番号		14		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		29 腎動静脈瘤						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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	腹部血管雑音：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
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	腹部血管雑音：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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)：()											
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											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		14		慢性腎疾患		(		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2		
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：(													
本症の原因	本症の原因：[なし ・ あり ・ 不明]													
	詳細：(													
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]		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								
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日：(		年	月	日	)						
	術式：(													
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 (		)										

告示番号		16		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		30 尿細管性アシドーシス							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 症状 (その他)：()											
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]											
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 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											
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・未実施											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	16	慢性腎疾患（ ） 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）			
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）			
聴力検査	聴力検査：[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）：（ ）			
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：（ ） アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]			
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 血清尿酸：（ ）mg/dL 血清Na：（ ）mEq/L 血清K：（ ）mEq/L 血清Cl：（ ）mEq/L 血清Ca：（ ）mg/dL 血清P：（ ）mg/dL 血清Mg：（ ）mg/dL 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			
血液ガス分析	pH：（ ）・未実施 HCO ₃ ⁻ ：（ ）・未実施 BE：（ ）・未実施 anion gap：（ ）・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 ） 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）			
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ ）			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）			
聴力検査	聴力検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]			
経過（申請時） ※直近の状況を記載				
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：（ ）			
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 ）			
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 （ ）			

告示番号		4		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		31 ギッテルマン (Gitelman) 症候群							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり] 尿比重：()											
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 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											
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	4	慢性腎疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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					
	尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]					
	尿糖：[なし ・ あり] 尿比重：()					
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 血清尿酸：()mg/dL					
	血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L					
	血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL					
	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					
血液ガス分析	pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：()					
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：()					
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 所見：()					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()					
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 ()					
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 ()						

告示番号		27		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		32 バーター (Bartter) 症候群						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり] 尿比重：()											
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 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											
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

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：() μ g/L ・ 未実施
	尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・ 未実施	尿 pH：()	アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]
	尿糖：[なし ・ あり]	尿比重：()	

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	血清尿酸：()mg/dL
	血清Na：()mEq/L	血清K：()mEq/L	血清Cl：()mEq/L
	血清Ca：()mg/dL	血清P：()mg/dL	血清Mg：()mg/dL
	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	

血液ガス分析	pH：()・未実施	HCO ₃ ⁻ ：()・未実施	BE：()・未実施	anion gap：()・未実施
--------	------------	--	------------	-------------------

[illegible]

画像検査	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：()				
------	--	--	--	--	--

病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
------	---

[illegible]

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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]	胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]
-----	---------------------------------	-------------------------------

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
------	---

血液淨化	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)

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	(		)

告示番号		15		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		33 腎尿管結石						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
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] 腎石灰化：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：()・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 血清尿酸：()mg/dL											
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：()											
		腎尿管膀胱単純撮影 (KUB)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：()・未実施											

受給者番号（		）		患者氏名（		）		
告示番号	15	慢性腎疾患（					）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
血液検査	血清総蛋白：（）g/dL 血清クレアチニン：（）mg/dL 血清アルブミン：（）g/dL 血清シスタチンC：（）mg/L・未実施 BUN：（）mg/dL 血清尿酸：（）mg/dL							
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：（ ）							
	腎尿管膀胱単純撮影（KUB）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）							
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]							
本症の原因	本症の原因：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）							
経過（申請時） ※直近の状況を記載								
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] その他：（ ）							
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 導入年月：（ 年 月 ）							
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）							
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 生体腎移植：[なし ・ あり] 先行的腎移植：[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 （ ）						

告示番号		46		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		34 慢性腎不全（腎腫瘍によるものに限る。）							受付種別		☐ 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな								(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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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)：()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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)：()											
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											
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：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	46	慢性腎疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]											
本症の原因	原因となった腎腫瘍：()											
経過（申請時） ※直近の状況を記載												
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] その他：()											
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)											
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()											
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 ()						

告示番号		45		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		35 慢性腎不全（急性尿細管壊死または腎虚血によるものに限る。）								受付種別		☐ 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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)：()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (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											
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：()											
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		45		慢性腎疾患（		）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2																					
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載																																	
合併症		合併症：[なし ・ あり] 詳細：（												）																			
既往歴		急性尿細管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] 発症年月日：（												年		月		日		）													
		その際の透析療法の有無：[なし ・ あり] 実施日：（												年		月		日		）													
		胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]																															
経過（申請時） ※直近の状況を記載																																	
薬物療法		利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり]																															
		その他：（																															
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		）															
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 （	
		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 （																																	

告示番号		8		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		36 多発性嚢胞腎							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	消化器	肝線維症：[なし ・ あり] Caroli病：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 遺伝形式 (症状からの推定含む)：[常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明] 症状 (その他)：()											
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]											
	消化器	肝線維症：[なし ・ あり] Caroli病：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 遺伝形式 (症状からの推定含む)：[常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明] 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 総ビリルビン：()mg/dL AST：()U/L ALT：()U/L γ-GTP：()U/L											
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：()											
		超音波検査 (腹部)：[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	8	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
画像検査	画像検査（腹部：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 検査名：（ ） 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：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：（ ）					
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 総ビリルビン：（ ）mg/dL AST：（ ）U/L ALT：（ ）U/L γ-GTP：（ ）U/L					
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：（ ）					
	超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	画像検査（腹部：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 検査名：（ ） 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：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
	新生児期の異常：[なし ・ あり] 詳細：（ ）					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] トルパブタン：[なし] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：（ ）					
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 ）					
手術	腎摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：[両側 ・ 右 ・ 左] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	手術（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）					
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 （ ）						

告示番号		9		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		37 低形成腎							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 血清クレアチニン：()mg/dL				血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施				BUN：()mg/dL			
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：()												
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[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		9		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										2/2	
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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）：（ ）													
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													
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：（ ）													
		排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）													
		核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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：（ ）													
		基礎疾患（症候群等）：[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		胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]													
経過（申請時）		※直近の状況を記載													
薬物療法		利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：（ ）													
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 ）													
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）													
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 （ ）															

告示番号		6		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		38 腎無形成						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 血清クレアチニン：()mg/dL				血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施				BUN：()mg/dL			
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：()											

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	6	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：（ ）					
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					
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：（ ）					
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：（ ）					
	基礎疾患（症候群等）：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパ립ズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：（ ）					
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 ）					
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）					
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				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ） (印)				

告示番号		10		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		39 ポッター (Potter) 症候群							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
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	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
		症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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：()											
		排尿時膀胱尿管造影：[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	10	慢性腎疾患（					）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2												
画像検査	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施]											実施日：（	年	月	日	）							
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（	年	月	日	）							
検査所見（その他）	検査所見（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								
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：（											）											
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施]											実施日：（	年	月	日	）							
	所見：（											）											
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施]											実施日：（	年	月	日	）							
	所見：（											）											
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：（											）											
	基礎疾患（症候群等）：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]											胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]											
経過（申請時） ※直近の状況を記載																							
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり]											降圧薬：[なし ・ あり]	球形吸着炭：[なし ・ あり]										
	腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]											）											
	その他：（											）											
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	）								
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											実施日：（	年	月	日	）							
	術式：（											）											
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		（				）						

告示番号		7		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2							
病名		40 多嚢胞性異形成腎										受付種別		☐ 新規							
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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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]																			
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]																			
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()																			
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()																			
		症状 (その他)：()																			
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]																			
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]																			
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()																			
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()																			
		症状 (その他)：()																			
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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																			
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：()																			

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	7	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：（ ）					
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					
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：（ ）					
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：（ ）					
	基礎疾患（症候群等）：[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	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパ립ズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：（ ）					
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 ）					
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）					
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				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ） (印)				

告示番号		5		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		41 寡巨大糸球体症							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
		症状 (その他)：()											
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
		症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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：()											

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	5	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
核医学検査	（レノグラム、レノシンチを含む）：[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：（ ）						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：（ ）					
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						
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：（ ）					
排尿時膀胱尿管造影	[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
核医学検査	（レノグラム、レノシンチを含む）：[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：（ ）						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：（ ）					
基礎疾患（症候群等）	[なし ・ あり]					
	詳細：（ ）					
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり]					
腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]						
その他：（ ）						
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 ）						
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ）					
術式：（ ）						
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 （ ）						

告示番号		11		慢性腎疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2					
病名		36から41までに掲げるもののほか、腎奇形 (具体的な疾病名：)										受付種別		☐ 新規					
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	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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]																	
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]																	
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()																	
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()																	
症状 (その他)：()																			
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]																	
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]																	
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()																	
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()																	
症状 (その他)：()																			
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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																	
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：()																	

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	11	慢性腎疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
画像診断	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
検査所見（その他）		検査所見（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					
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：（ ）					
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
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：（ ）					
	基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり]					
	詳細：（ ）					
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり]					
	腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]					
	その他：（ ）					
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 ）					
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ）					
		術式：（ ）				
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 （ ）				

告示番号		17		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		43 閉塞性尿路疾患							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		17	慢性腎疾患（		）	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		2/2	
画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施]	実施日：（		年	月	日	）				
	所見：（										
遺伝学的検査	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[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）：（										
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：（										
血液検査	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										
画像検査	血清総蛋白：（		）g/dL		血清アルブミン：（		）g/dL		BUN：（		
	）mg/dL		血清シスタチンC：（		）mg/L・未実施						
	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（										
	）										
画像検査	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（										
	）										
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（										
	）										
遺伝学的検査	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（										
	）										
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	基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり]										
	詳細：（										
経過（申請時） ※直近の状況を記載	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]										
	胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]										
薬物療法	尿路感染症の既往：[なし ・ あり]										
血液浄化	利尿薬：[なし ・ あり]										
	降圧薬：[なし ・ あり]										
手術	球形吸着炭：[なし ・ あり]										
	腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]										
移植	その他：（										
治療	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]										
	導入年月：（										
今後の治療方針	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]										
	導入年月：（										
医療機関・医師署名	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（										
	術式：（										
今後の治療方針	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：（										
	年 月 日 ）										
今後の治療方針	先行的腎移植：[なし ・ あり]										
	生体腎移植：[なし ・ あり]										
今後の治療方針	治療（その他）：（										
今後の治療方針	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：（										
今後の治療方針	年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（										
	年 月 日 ） 終了日：（										
今後の治療方針	年 月 日 ） 通院頻度 （										
	）回／月										
今後の治療方針	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											
小児慢性特定疾病 指定医番号 （											
（印）											

告示番号		18		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		44 膀胱尿管逆流（下部尿路の閉塞性尿路疾患による場合を除く。）							受付種別		☐ 新規		
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()											
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()											
症状 (その他)：()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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											
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：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		18	慢性腎疾患	(	)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
画像検査	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)						
	所見：()							
遺伝学的検査	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[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）：()							
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]				
血液検査	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				
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)						
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施]							
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施]							
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[未実施 ・ 実施]							
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)						
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	基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり]	詳細：()						
	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]							
経過（申請時） ※直近の状況を記載	胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]							
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり]	降圧薬：[なし ・ あり]		球形吸着炭：[なし ・ あり]				
	腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]							
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月)						
手術	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月)						
	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]							
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)						
治療	先行的腎移植：[なし ・ あり]	生体腎移植：[なし ・ あり]						
	術式：()							
今後の治療方針	治療（その他）：()							
	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 ()						

告示番号		19		慢性腎疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2	
病名		43及び44に掲げるもののほか、尿路奇形 (具体的な疾病名：)										受付種別		☐ 新規	
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
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]													
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]													
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()													
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()													
		症状 (その他)：()													
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]													
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]													
	その他	内・外性器異常：[なし ・ あり] 所見：()													
		外表奇形：[なし ・ あり] 所見：()													
		症状 (その他)：()													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
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													
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：()													

受給者番号() 患者氏名()

[illegible]

告示番号		2		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2							
病名		46 萎縮腎（尿路奇形が原因のものを除く。）								受付種別		☐ 新規							
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		肥満度		%	
				年		月				日		年							
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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)：()															
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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																	
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：()																	
検査所見 (その他)		検査所見 (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																	
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：()																	
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		2		慢性腎疾患		(		)		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載															
合併症		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()													
		基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり] 詳細：()													
既往歴		急性尿管管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] 発症年月日：(年 月 日) その際の透析療法の有無：[なし ・ あり] 実施日：(年 月 日) 胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]													
経過（申請時） ※直近の状況を記載															
薬物療法		利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] その他：()													
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)													
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()													
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)													

告示番号		28		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2							
病名		47 ファンコーニ (Fanconi) 症候群								受付種別		☐ 新規							
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		肥満度			
				年		月				日		年							
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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]																	
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]																	
	その他	症状 (その他)：()																	
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]																	
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]																	
	その他	症状 (その他)：()																	
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]																	
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 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																	
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()																	
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()																	

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	28	慢性腎疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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）：()					
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・ 未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]					
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 血清尿酸：() mg/dL 血清Na：() mEq/L 血清K：() mEq/L 血清Cl：() mEq/L 血清Ca：() mg/dL 血清P：() mg/dL 血清Mg：() mg/dL 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					
血液ガス分析	pH：() ・ 未実施 HCO ₃ ⁻ ：() ・ 未実施 BE：() ・ 未実施 anion gap：() ・ 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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：()					
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見（その他）：()					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：()					
	基礎疾患（症候群等）：[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	胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()					
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)					
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 ()						

告示番号		48		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		48 ロウ (Lowe) 症候群						受付種別		☐ 新規			
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]											
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 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											
血液ガス分析		pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											

受給者番号（		）		患者氏名（		）																						
告示番号	48	慢性腎疾患（					）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2																	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（	年	月	日	）												
検査所見（その他）	検査所見（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						
	尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：・未実施															尿pH：（	）	アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]										
	尿糖：[なし ・ あり]																											
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	血清尿酸：（	）	mg/dL					
	血清Na：（															）	mEq/L	血清K：（	）	mEq/L	血清Cl：（	）	mEq/L					
	血清Ca：（															）	mg/dL	血清P：（	）	mg/dL	血清Mg：（	）	mg/dL					
	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								
血液ガス分析	pH：（															）	・未実施	HCO ₃ ⁻ ：（	）	・未実施	BE：（	）	・未実施					
	anion gap：（															）	・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	）								
	腎石灰化：[なし ・ あり]																											
	所見（その他）：（															）												
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施]															実施日：（	年	月	日	）								
	腎石灰化：[なし ・ あり]																											
	所見（その他）：（															）												
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：（	）											
	基礎疾患（症候群等）：[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	胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]																											
経過（申請時） ※直近の状況を記載																												
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり]																											
	薬物療法：[なし ・ あり]															使用薬剤名：（	）											
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	）									
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（															）												