

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		30 尿細管性アシドーシス							受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名		
受給者番号				受診日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		血圧：実施日：( 年 月 日 ) 収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg											
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[ いいえ ・ はい ・ 不明 ]											
症 状	全身	高血圧：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ]											
	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 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 赤血球数：( ) 個／視野 蛋白尿：[ なし ・ あり ] 尿中蛋白量：( )mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：( ) 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L ・ 未実施 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 HCO3-：( ) ・ 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)：( )											

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〈継続申請用〉	2/2
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載							
合併症	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 (      )			