

告示番号		32		慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2							
病名		16 急速進行性糸球体腎炎（多発血管炎性肉芽腫症によるものに限る。）										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 →（ ）							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)														
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県		() 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		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 (申請時) ※直近の状況を記載																					
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg																			
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]																			
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 肺胞出血：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋炎：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]																			
	消化器	消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 神経炎 (感覚障害)：[なし ・ あり] 神経炎 (運動障害)：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 鞍鼻：[なし ・ あり]																			
	眼	視力障害：[なし ・ あり] 強膜炎：[なし ・ あり]																			
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状 (その他)：()																				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：() 個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β 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：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	32	慢性腎疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()					
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [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		()		