

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〈継続申請用〉										1/2							
病名		40 多嚢胞性異形成腎										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 ]																			
	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 (申請時) ※直近の状況を記載																					
尿検査		血尿：[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 赤血球数：( )個／視野 蛋白尿：[ なし ・ あり ] 尿中蛋白量：( )mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：( ) 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L・未実施																			
血液検査		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：( )																			

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〈継続申請用〉	2/2
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 ] 腎疾患に対するバリブズマブ投与：[ 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 (      )				