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〉

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

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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 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	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ブズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]
	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：（　）
	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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	2　びまん性メサンギウム硬化症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉

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：（　）
	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ブズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]
	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：（　）
	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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	3　微小変化型ネフローゼ症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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回に含む）、あるいは過去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（新規症例は初発時も１回に含む）、あるいは過去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]　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

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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）：（　　）
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/m²　・　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　]　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　]　腎疾患に対するパリブズマブ投与：[　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　） 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　]
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　]
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	4　巣状分節性糸球体硬化症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]　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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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 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：（　）
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：（　）
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/m² ・ 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]　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]　腎疾患に対するパリブズマブ投与：[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 ） 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]
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]
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（　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	5　膜性腎症	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日			
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）	
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）			
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定	
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）			
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日	
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日	
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	%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　**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]
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（　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　年　月　日
診断年月日　年　月　日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号　（　）　有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号　（　）　被保険者記号　（　） 被保険者番号　（　）　被保険者個人単位枝番　（　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	6　ギャロウェイ・モワト（Galloway-Mowat）症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
身体所見		血圧：実施日：（　　年　　月　　日）　収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg
		小頭症（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　出生時の小頭症（−2.0SD以下）：[なし ・ あり] 頭囲：（　　）cm　頭囲SD：（　　）
		顔貌所見：前頭部突出：[なし ・ あり]　前頭部狭小：[なし ・ あり]　眼間乖離：[なし ・ あり]　内眼角贅皮：[なし ・ あり] 眼瞼下垂：[なし ・ あり]　斜視：[なし ・ あり]　耳介形成異常：[なし ・ あり]　わし鼻：[なし ・ あり] 鼻根部扁平：[なし ・ あり]　広い鼻梁：[なし ・ あり]　目立つ唇：[なし ・ あり]　長い人中：[なし ・ あり] 高口蓋：[なし ・ あり]　小顎症：[なし ・ あり] 顔貌所見（その他）：（　　）
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]
	筋・骨格	筋緊張低下：[なし ・ あり ・ 不明]
	精神・神経	精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
		てんかん分類：ウエスト症候群：[なし ・ あり]　レノックス・ガストー症候群：[なし ・ あり]　焦点性てんかん：[なし ・ あり] てんかん（その他）：（　　）
		発達障害：[なし ・ あり ・ 不明]　自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明]　限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害（その他）：（　　）
	その他	外表奇形：（　　） 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
		頭囲：（　　）cm　頭囲SD：（　　）
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]
	筋・骨格	筋緊張低下：[なし ・ あり ・ 不明]
	精神・神経	精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
		てんかん分類：ウエスト症候群：[なし ・ あり]　レノックス・ガストー症候群：[なし ・ あり]　焦点性てんかん：[なし ・ あり] てんかん（その他）：（　　）
		発達障害：[なし ・ あり ・ 不明]　自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明]　限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害（その他）：（　　）
	その他	外表奇形：（　　） 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 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〉　

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：（　　）　一日尿蛋白量：（　　）g/day 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：（　）
	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：（　）
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　実施時年齢：（　歳　か月 ） 検査名：[田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名（その他）：（　） DQまたはIQ値：（　）
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：（　　）
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　実施時年齢：（　歳　か月 ） 検査名：[田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名（その他）：（　） DQまたはIQ値：（　）
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] 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	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]
	薬物療法（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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉	1/3

病名	7　1から6までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日	（　　年　　月　　日）
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 ］		
症状 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 ］		
症状 その他	発症半年以内に3回以上（新規症例は初発時も１回に含む）、あるいは過去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	外表奇形：［ なし ・ あり ］ 所見：（　　）		
症状 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 ］
症状 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 ］
症状 その他	発症半年以内に3回以上（新規症例は初発時も１回に含む）、あるいは過去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	外表奇形：［ なし ・ あり ］ 所見：（　　）
症状 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 ］ 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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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
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	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　]　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　]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	8　IgA腎症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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：（　）
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：[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]
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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	9　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

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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
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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　2/2

病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　）
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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号　（　）　有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号　（　）　被保険者記号　（　） 被保険者番号　（　）　被保険者個人単位枝番　（　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	10　膜性増殖性糸球体腎炎	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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）：（　　）
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　]　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　]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	11　紫斑病性腎炎	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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 ） 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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	12　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

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日	（　　年　　月　　日　）			
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　］		
症状　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　］	
症状　呼吸器・循環器	呼吸障害：［　なし　・　あり　］	血痰・喀血：［　なし　・　あり　］	肺胞出血：［　なし　・　あり　］	
症状　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　］		
症状　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　］	
症状　呼吸器・循環器	呼吸障害：［　なし　・　あり　］	血痰・喀血：［　なし　・　あり　］	肺胞出血：［　なし　・　あり　］	
症状　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	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 MPO-ANCA：（　　）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 抗核抗体：（　　）倍・未実施 PR3-ANCA：（　　）IU/mL・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 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　］ 所見：（　　）	実施日：（　　年　　月　　日　）	
	CTまたはMRI検査：［　未実施　・　実施　］ 所見：（　　）	実施日：（　　年　　月　　日　）	
	画像検査（胸部）：［　未実施　・　実施　］ 検査名：（　　） 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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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 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）：（　　）
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 ） 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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	13　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

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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]
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（)

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 （　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	14　エプスタイン（Epstein）症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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	感音性難聴：［　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	感音性難聴：［　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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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　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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	15　ループス腎炎	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
身体所見		血圧：実施日：（　　年　　月　　日　）　収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmH
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・喀血：［　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・喀血：［　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CLβ_2GP1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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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：（　）
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　リンパ球：（　）%　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL　血小板数：（　）×10⁴/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_2GP1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：（　）
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　）
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（　）
既往歴	血栓症：[なし ・ あり]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉	1/3

病名	16　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

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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・喀血：［　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・喀血：［　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（　　）

2023a-001

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〉**　**2/3**

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]
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	17　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

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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・喀血：［　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）：（　　）

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・喀血：［　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（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　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：（　　）

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〉　

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　]
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（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	18 非典型溶血性尿毒症症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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：（　　）×10⁴/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_2GP1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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉**　**2/3**

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砕赤血球所見：[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_2GP1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砕赤血球所見：[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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉	1/3

病名	19　ネイル・パテラ（Nail-Patella）症候群（爪膝蓋症候群）	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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　］ 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　］
	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　］ 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：（　　）
	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：（　　）

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〉　

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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	20　フィブロネクチン腎症	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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　血清システチン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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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
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）：（　　）

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	
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]　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]
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	21　リポタンパク糸球体症	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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 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）：（　　）

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	
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　]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	22　8から21までに掲げるもののほか、慢性糸球体腎炎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日	（　　年　　月　　日）
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 ］		
症状 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 ］		
症状 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 ］
症状 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 ］
症状 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（　　）

2023a-001

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

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）：（　　）
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　]
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

告示番号	50	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〉	1/3

病名	23 慢性尿細管間質性腎炎（尿路奇形が原因のものを除く。）	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 50　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〉

病理検査	腎生検：[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 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：（　）
病理検査	腎生検：[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	感染症の合併：[なし ・ あり] 詳細：（　）
	TINU症候群：[なし ・ あり]　サルコイドーシス：[なし ・ あり]　シェーグレン症候群：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（　）
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	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	
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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 50　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〉

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	24 慢性腎盂腎炎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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）：（　）
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]
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（　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	25 アミロイド腎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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 %
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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 尿中ベンスジョンズ蛋白（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〉　

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 尿中ベンスジョンズ蛋白（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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉	1/3

病名	26 家族性若年性高尿酸血症性腎症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉	1/3

病名	27 常染色体優性尿細管間質性腎疾患	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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 %
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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 ］　尿糖：［ なし ・ あり ］ 腎機能低下：［ なし ・ あり ］　夜尿：［ なし ・ あり ］　尿失禁：［ 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 ］　尿糖：［ なし ・ あり ］ 腎機能低下：［ なし ・ あり ］　夜尿：［ なし ・ あり ］　尿失禁：［ 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　白血球尿：［ なし ・ あり ］ 白血球数：（　　）個／視野　尿糖（定性）：［ 陰性 ・ 1＋以上 ］　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
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　　年　　月　　日） 右長径：（　　）cm　右長径：（　　）cm 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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉

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　白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：（　　）個／視野　尿糖（定性）：[陰性 ・ 1＋以上]　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
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 右長径：（　　）cm　右長径：（　　）cm 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	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（　　）
鑑別診断	ネフロン癆の診断基準：[満たさない ・ 満たす]

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	尿酸降下薬：[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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	28　ネフロン癆	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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 ） 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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	29 腎血管性高血圧	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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]
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	30 腎静脈血栓症	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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CL β_2GP1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CL β_2GP1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（　　）

2023a-001

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

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　]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　年　月　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	31　腎動静脈瘻	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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 ） 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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	32 尿細管性アシドーシス	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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 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〉　

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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉	1/3

病名	33 ギッテルマン（Gitelman）症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	34　バーター（Bartter）症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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　]
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	35　腎尿管結石	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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）：（　　）
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　]　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　]
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（　　）
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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 49　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〉

病名	36　慢性腎不全（腎腫瘍によるものに限る。）	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

告示番号 49　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　]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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	37 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

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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 %
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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**

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　（　　）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　]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	38 多発性嚢胞腎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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 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〉　

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] トルバプタン：[なし] 腎疾患に対するパリブズマブ投与：[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	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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	39 低形成腎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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：（　　）
	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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉	1/3

病名	40 腎無形成	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	41　ポッター（Potter）症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日			性別	男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		

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	%

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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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 ） 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]
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（　）
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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉	1/3

病名	42 多嚢胞性異形成腎	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉	1/3

病名	43　寡巨大糸球体症	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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]
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（　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	44 鰓耳腎症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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 ］ 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見：［ 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 ］　耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める：［ なし ・ あり ］
	その他	第２鰓弓奇形（鰓溝性瘻孔あるいは鰓溝性嚢胞）：［ 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 ］ 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見：［ 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 ］　耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める：［ なし ・ あり ］
	その他	第２鰓弓奇形（鰓溝性瘻孔あるいは鰓溝性嚢胞）：［ 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
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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：（　）
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ブズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] 薬物療法（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]
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（　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	45　38から44までに掲げるもののほか、腎奇形	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

具体的な疾病名	（　　）		最終受診日	（　　年　　月　　日）	
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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 ） 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：（　）
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]
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（　）
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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	46 閉塞性尿路疾患	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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：（　）
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] 尿路感染症の既往：[なし ・ あり]
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]
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（　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	47 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

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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：（　）
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] 尿路感染症の既往：[なし ・ あり]
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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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〉

病名	48　46及び47に掲げるもののほか、尿路奇形	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）		
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）		
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日

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	%

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

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日	（　　年　　月　　日）

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（　　）

2023a-001

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〉　2/3

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：（　）
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] 尿路感染症の既往：[なし ・ あり]
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]
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（　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

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	49　萎縮腎（尿路奇形が原因のものを除く。）	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性　・　女性　・　性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（　　）

2023a-001

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　） 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　]
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日

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〉

病名	50 ファンコーニ（Fanconi）症候群	受付種別	□ 新規

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月 頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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）：（　　）
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（　　）

2023a-001

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〉　**2/3**

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　]
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（　　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日

告示番号 51　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〉

病名	51　ロウ（Lowe）症候群	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （姓名）
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）
生年月日	年　　月　　日　　性別　男性　・　女性　・　性別未決定
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）
出生体重	g　出生週数　在胎　　週　　日
発症時期	年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日
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　　%
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

最終受診日		（　　年　　月　　日　）
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（　　）

2023a-001

告示番号 51　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〉　2/3

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]
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（　）

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 51　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〉

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（　　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　年　月　日