

告示番号		36		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3				
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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 (-) 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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		
				年 月 日						年 月 日				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		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
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	呼吸障害：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 肺胞出血：[なし ・ あり]														
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状（その他）：()														
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg														
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]														
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]														
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]														
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 肺胞出血：[なし ・ あり]														
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状（その他）：()														
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：()個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施														
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：()IU/mL・未実施														
画像検査		超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
		画像検査（胸部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 所見：()														
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()														

