

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)	1/3	
病名	15 ループス腎炎				受付種別	<input type="checkbox"/> 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 ( - ) 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)		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%	
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 ]	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・咯血:[ なし ・ あり ]	肺泡出血:[ なし ・ あり ]	動静脈血栓症:[ 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 ]	
	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・咯血:[ なし ・ あり ]	肺泡出血:[ なし ・ あり ]	動静脈血栓症:[ 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 ]	
	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 <sub>2</sub> 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 <sup>4</sup> /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 <sub>2</sub> GP1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 ]						

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 <sub>2</sub> 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 <sup>4</sup> /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 <sub>2</sub> GP1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 ( )

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