

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		☐ 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：()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] 間質性肺炎：[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] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]			頬部紅斑：[なし ・ あり] ディスコイド疹：[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] 間質性肺炎：[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] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]			頬部紅斑：[なし ・ あり] ディスコイド疹：[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 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 ₂ 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]															

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	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

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

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負擔者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
○ 認 定	
△ 限 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]

保險情報

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