

告示番号 <b>45</b>		慢性腎疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2		
病名	15 ループス腎炎			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 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 (申請時) ※直近の状況を記載						
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 ]	肺胞出血：[ なし ・ あり ]	動脈血栓症：[ 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 (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：( )			

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 (継続申請用) **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：( )		
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：[ なし ・ あり ] 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 ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ]	生物学的製剤：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ 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 ]		
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