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〉

病名	15　ループス腎炎	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　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（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・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（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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-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〈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：[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