告示番号	39	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	18 非典型溶血性尿毒症症候群	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（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]　貧血：[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]
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり]　血便：[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]
	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]　先行感染の有無：[なし ・ あり] 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]　貧血：[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]
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]　下痢：[なし ・ あり]　血便：[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]
	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	ヘモグロビン（Hb）：(　)g/dL　血小板数：(　)$\times 10^4/\mu$L　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　総ビリルビン：(　)mg/dL AST：(　)U/L　LDH：(　)U/L　抗H因子抗体：(　)AU/mL・未実施 血清ハプトグロビン：(　)mg/dL・未実施　C3：(　)mg/dL　CH50：(　)U/mL 抗CL β_2GP1抗体：(　)U/mL・未実施　ADAMTS13活性：(　)%　ループスアンチコアグラント：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]
	抗O157抗体／O157抗原検査：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 詳細：(　)
	志賀毒素：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 詳細：(　)
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：(　)
	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（　　　　　　　　　　）

告示番号	39	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

細菌検査	便培養：[　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　) 末梢血スメアでの破砕赤血球所見：[　なし　・　あり　] 所見：(　　　　　　　　　　　　　　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　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_2ミクログロブリン：(　　　)μg/L・未実施
血液検査	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　総ビリルビン：(　　　)mg/dL AST：(　　　)U/L　LDH：(　　　)U/L　抗H因子抗体：(　　　)AU/mL・未実施 血清ハプトグロビン：(　　　)mg/dL・未実施　C3：(　　　)mg/dL　CH50：(　　　)U/mL 抗CL β_2GP1抗体：(　　　)U/mL・未実施　ADAMTS13活性：(　　　)%　ループスアンチコアグラント：[　未実施　・　陰性　・　陽性　] 抗O157抗体／O157抗原検査：[　未実施　・　陰性　・　陽性　] 詳細：(　　　　　　　　　　　　　　　) 志賀毒素：[　未実施　・　陰性　・　陽性　] 詳細：(　　　　　　　　　　　　　　　)
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：(　　　　　　　　　　　　　　　) CTまたはMRI検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　　　　　　　　　　　　　　)
細菌検査	便培養：[　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　) 末梢血スメアでの破砕赤血球所見：[　なし　・　あり　] 所見：(　　　　　　　　　　　　　　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　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　] HUSの既往：[　なし　・　あり　]　発症前使用薬剤の有無：[　なし　・　あり　]　詳細：(　　　　　　　　　　　　　　　)
本症の原因	補体制御因子異常：[　なし　・　あり　]　移植関連：[　なし　・　あり　]　肺炎球菌：[　なし　・　あり　]　HIV：[　なし　・　あり　] 百日咳：[　なし　・　あり　]　コバラミン代謝異常：[　なし　・　あり　]　薬剤性：[　なし　・　あり　] 本症の原因（その他）：(　　　　　　　　　　　　　　　)
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　]　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　] 生物学的製剤：[　なし　・　あり　] エクリズマブ：[　なし　・　あり　・　不明　]　治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 使用中のCH50：[　正常　・　やや低下　・　感度以下　]
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　(　　　　　　　　　　　　　　　)

受給者番号（　　　　　　　　　　）　患者氏名（　　　　　　　　　　）

告示番号 39　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〉

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