

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〈継続申請用〉		1/3		
病名	18 非典型溶血性尿毒症候群			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		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)						
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 (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：()×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		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CLβ ₂ GP1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碎赤血球所見: [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: [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] 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 ()
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