

告示番号	50	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	23 慢性尿管間質性腎炎 (尿路奇形が原因のものを除く。)				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 (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 ]				
	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 ]				
	眼	ぶどう膜炎：[ なし ・ あり ] 虹彩毛様体炎：[ 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：( )個/視野		尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：( )・未実施		尿pH：( )	
	アミノ酸尿：[ なし ・ あり ・ 未実施 ]		血清総蛋白：( )g/dL		血清アルブミン：( )g/dL	
	血清クレアチニン：( )mg/dL		血清シスタチンC：( )mg/L・未実施		BUN：( )mg/dL	
	血清Na：( )mEq/L		血清K：( )mEq/L		血清尿酸：( )mg/dL	
	血清Ca：( )mg/dL		血清P：( )mg/dL		血清Cl：( )mEq/L	
	CRP：( )mg/dL		抗核抗体：( )倍・未実施		血清Mg：( )mg/dL	
	MPO-ANCA：( )IU/mL・未実施		PR3-ANCA：( )IU/mL・未実施		抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施	
抗SS-B ( /La) 抗体：( )U/mL・未実施		抗SS-A ( /Ro) 抗体：( )U/mL・未実施				
血液ガス分析	pH：( )・未実施	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ：( )・未実施	BE：( )・未実施	anion gap：( )・未実施		
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					
病理検査	腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					
眼科学的検査	眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					
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	感染症の合併：[ なし ・ あり ]					
	詳細：( )					
TINU症候群：[ なし ・ あり ]		サルコイドーシス：[ なし ・ あり ]		シェーグレン症候群：[ なし ・ あり ]		
合併症 (その他)：( )						

告示番号	50	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
既往歴	急性尿細管壊死・腎虚血の既往:[ なし ・ あり ] 発症年月日:( 年 月 日 ) その際の透析療法の有無:[ なし ・ あり ] 実施日:( 年 月 日 )			
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細:( )			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載				
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 ] 利尿薬:[ なし ・ あり ] 降圧薬:[ なし ・ あり ] 球形吸着炭:[ なし ・ あり ] その他:( )			
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 )			
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