

告示番号		5		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	27 常染色体優性尿管間質性腎疾患					受付種別	<input type="checkbox"/> 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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)		
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)		BMI
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	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) ※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]			
	腎・泌尿器	血尿:[なし ・ あり] 腎機能低下:[なし ・ あり]		蛋白尿:[なし ・ あり] 夜尿:[なし ・ あり]		尿糖:[なし ・ あり] 尿失禁:[なし ・ あり]	
	その他	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]			
	腎・泌尿器	血尿:[なし ・ あり] 腎機能低下:[なし ・ あり]		蛋白尿:[なし ・ あり] 夜尿:[なし ・ あり]		尿糖:[なし ・ あり] 尿失禁:[なし ・ あり]	
	その他	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		白血球尿:[なし ・ あり]		
	白血球数:()個/視野		尿糖 (定性):[陰性 ・ 1+以上]		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	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		血清尿酸:()mg/dL		
	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L		
	血清Ca:()mg/dL		血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL		
画像検査	超音波検査 (腎・尿路):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)				
	右長径:()cm		右長径:()cm				
	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:()						
病理検査	腎生検:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)				
	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):()						

告示番号 **5** 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**

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 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：() 個/視野 尿糖 (定性)：[陰性 ・ 1+以上] 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	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 血清尿酸：() mg/dL 血清Na：() mEq/L 血清K：() mEq/L 血清Cl：() mEq/L 血清Ca：() mg/dL 血清P：() mg/dL 血清Mg：() mg/dL
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 右長径：() cm 右長径：() cm 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：())
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 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：())
鑑別診断	ネフロン癆の診断基準：[満たさない ・ 満たす]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	尿酸降下薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：())
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