

告示番号	14	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	29 腎血管性高血圧				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)		BMI
		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]		蛋白尿:[なし ・ あり]		腎機能低下:[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]		蛋白尿:[なし ・ あり]		腎機能低下:[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		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Na:()mEq/L		
	血清K:()mEq/L		血漿レニン活性 (PRA):()ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施		
	腎静脈血レニン活性 (腎静脈サンプリング血による):[未実施 ・ 実施]						
	所見:()						
	カプトプリル負荷試験:[未実施 ・ 実施]						
	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:()						
	腎血管造影:[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] 尿中蛋白量: ()mg/dL	赤血球数: () 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	蛋白尿: [なし ・ あり] 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 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清K: ()mEq/L	血清アルブミン: ()g/dL 血清シスタチンC: ()mg/L・未実施 血漿レニン活性 (PRA): ()ng/mL/hr・未実施	BUN: ()mg/dL 血清Na: ()mEq/L 血漿アルドステロン: ()pg/mL・未実施
	腎静脈血レニン活性 (腎静脈サンプリング血による): [未実施 ・ 実施] 所見: ()		
	カプトプリル負荷試験: [未実施 ・ 実施] 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: ()		
	腎血管造影: [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: ()		
既往歴	急性尿細管壊死・腎虚血の既往: [なし ・ あり] その際の透析療法の有無: [なし ・ あり]	発症年月日: (年 月 日) 実施日: (年 月 日)	
本症の原因	繊維筋性異形成: [なし ・ あり] ウィリアムズ症候群: [なし ・ あり] 本症の原因 (その他): ()	高安病: [なし ・ あり] 神経線維腫症: [なし ・ あり]	腹部大動脈縮窄症: [なし ・ あり] 腹部手術合併症: [なし ・ あり]
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] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり]	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 抗血小板薬: [なし ・ あり]	生物学的製剤: [なし ・ あり] アルブミン製剤: [なし ・ あり]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月) 導入年月: (年 月)	
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()		
移植	腎移植: [未実施 ・ 実施] 先行的腎移植: [なし ・ あり]	実施日: (年 月 日) 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