

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 (継続申請用)		1/2		
病名	29 腎血管性高血圧			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 (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]		
	その他	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	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)：()					
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]		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	繊維筋性異形成：[なし ・ あり]		高安病：[なし ・ あり]		腹部大動脈縮窄症：[なし ・ あり]	
ウィリアムズ症候群：[なし ・ あり]		神経線維腫症：[なし ・ あり]		腹部手術合併症：[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

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] 術式: ()	実施日: (年 月 日)	
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