

告示番号		16		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)		1/2		
病名	31 腎動静脈瘻					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	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]				
	呼吸器・循環器	腹部血管雑音:[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]				
	呼吸器・循環器	腹部血管雑音:[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									
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)							
	腎血管造影:[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):()									
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									

告示番号 16		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)		2/2
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: ()			
本症の原因	本症の原因: [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]	
	降圧薬: [なし ・ あり]			
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)		
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]	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