

告示番号		10		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	38 多発性嚢胞腎							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 ]							
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]					Caroli病:[ なし ・ あり ]						
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 遺伝形式 (症状からの推定含む): [ 常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明 ] 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 ]							
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]					Caroli病:[ なし ・ あり ]						
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 遺伝形式 (症状からの推定含む): [ 常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明 ] 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 <sub>2</sub> 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		総ビリルビン:( )mg/dL								
	AST:( )U/L		ALT:( )U/L		γ-GTP:( )U/L								
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:( )												
	超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )												

告示番号	10	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
画像検査	画像検査 (腹部：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
画像検査	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 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)：( )				
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	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		総ビリルビン：( )mg/dL
	AST：( )U/L		ALT：( )U/L		γ-GTP：( )U/L
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
	超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
画像検査	画像検査 (腹部：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
画像検査	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	検査名：( ) 所見：( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 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	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：( )				
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]		
	新生児期の異常：[ なし ・ あり ]		詳細：( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	利尿薬：[ なし ・ あり ]		降圧薬：[ なし ・ あり ]		球形吸着炭：[ なし ・ あり ]
	トルパブタン：[ なし ]		腎疾患に対するパリプズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		
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	腎摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		実施日：( 年 月 日 )		
	術式：[ 両側 ・ 右 ・ 左 ]		治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]		
手術	手術 (その他)：[ 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