

| 告示番号 11 | | 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 | 39 低形成腎 | | | 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) | |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | BMI 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] | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴:[なし ・ あり] | | | | |
| | その他 | 内・外性器異常:[なし ・ あり] 所見:() 外表奇形:[なし ・ あり] 所見:() 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] | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴:[なし ・ あり] | | | | |
| | その他 | 内・外性器異常:[なし ・ あり] 所見:() 外表奇形:[なし ・ あり] 所見:() 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 | | | | | |
| 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:() | | | | | |
| | 排尿時膀胱尿管造影:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:() | | | | | |
| | 核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:() | | | | | |

告示番号 **11** 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**

| | | | |
|------------------------|---|---|-----------------|
| 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)：() | | |
| 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 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施 | 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] |
| 血液検査 | 血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL | 血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 | BUN：()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) 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：() | | |
| | 排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | |
| | 核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む)：[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：() | | |
| | 基礎疾患 (症候群等)：[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] | | |
| 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] 腎疾患に対するパルプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：() | | |
| 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 |