

告示番号		9		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		42 多嚢胞性異形成腎								受付種別		☐ 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]													
	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：()													

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

11

診療科

醫師名

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

目

8

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]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日