

|                        |       |                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
|------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------|--|-----------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                   |       | 13                                                                                                                                                                         |  | 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                     |       | 45 38から44までに掲げるもののほか、腎奇形                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                         |  | 受付種別            |  | <input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br><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 ( )<br>資格取得年月日      年      月      日                                                                                             |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
| 氏名                     |       | (セイメイ)<br>(姓名)                                                                                                                                                             |  |                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)    |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                |  | cm (      SD)                              |  | 体重<br>(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   |       |                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
| 具体的な疾病名                |       | ( )                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                         |  | 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<br>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 ]<br>所見：( )                                                                                                                                              |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |       | 外表奇形：[ なし ・ あり ]<br>所見：( )                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
| 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 ]<br>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<br>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 )<br>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 )<br>所見：( )                                                                                                  |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |       | 排尿時膀胱尿管造影：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>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 )<br>所見：( )                                                                                            |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
| 遺伝学的検査                 |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |       | 基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ]<br>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 ]                                                                                                         |  |                                            |  |                         |  |                 |  |                                                                                  |  |         |  |

