

告示番号		20		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	47 膀胱尿管逆流 (下部尿路の閉塞性尿路疾患による場合を除く。)					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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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 <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							
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:( )					

告示番号 **20** 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	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)：( )
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
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：( )
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 ] 尿路感染症の既往：[ なし ・ あり ]
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 ] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[ 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