

告示番号		2		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	49 萎縮腎 (尿路奇形が原因のものを除く。)							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 ()						
	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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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]					
	その他	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]						
	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：()												
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	急性尿管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり]			発症年月日：(年 月 日)									
	その際の透析療法の有無：[なし ・ あり]			実施日：(年 月 日)									
	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]						
	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
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