告示番号 40 **慢性腎疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書**

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入（転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　年　月　日（満　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　週
現在の身長※2	.　cm	現在の体重※2	.　kg	母の生年月日	昭和 平成　年　月　日
発病	年　月 頃	初診日	年　月　日		
大分類病名	2 慢性糸球体腎炎	細分類病名	14 ループス腎炎		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1. 臨床所見

現在の症状

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

症状の有無　（ なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 ・ 腎機能低下 ・ 高血圧 ・ 浮腫 ・ 頬部紅斑 ・ 光線過敏 ・ 口腔内潰瘍 ・ ディスコイド疹 ・ 関節炎 ・ 神経障害 ・ 発熱 ・ 痙攣 ・ その他（　　））

※症状の有無が なし の場合

免疫抑制薬またはステロイド薬の使用下での寛解状態か （ 投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である ）

現在の身長・体重の測定日　（　　年　　月　　日）

2. 検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載（数値を用いて具体的に） 継続は現在の状況を記載

血尿　（ なし ・ あり → 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 → 尿蛋白（　　）mg/dL ）

尿蛋白量 / 尿中クレアチニン比　（　　）

尿中β2ミクログロブリンの上昇 （ なし ・ あり ）

白血球数　（　　）/μL　リンパ球数　（　　）/μL　ヘモグロビン　（　　）g/dL

血小板数　（　　）×10^4/μL　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

血清総コレステロール　（　　）mg/dL

血清C_3　（　　）mg/dL　血清C_4　（　　）mg/dL　血清CH_{50}　（　　）U/mL

抗核抗体　（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → （　　）倍 ）　dsDNA抗体　（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → （　　）IU/mL ）

抗SS-A抗体　（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → （　　）U/mL ）　抗Sm抗体　（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → （　　）U/mL ）

抗CLβ2GP1抗体　（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 → （　　）U/mL ）

抗基底膜抗体（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 →（　　）IU/mL ）　ADMTS13活性　（ 未実施 ・ 正常 ・ 低下 →（　　）% ）

血清梅毒反応（ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ）

心電図検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

胸部X線検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

腎・尿路超音波検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

腎尿路画像検査（超音波以外）（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

腎生検　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

3. その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

該当するものに○をつけ、必要な場合は（　）内に記載（これまでに行われた主な治療、検査など）

薬物療法　（ 未実施 ・ 実施 → ステロイド薬 ・ 免疫抑制薬 ・ 生物学的製剤 ・ 抗凝固薬 ・ 抗血小板薬 ・ アルブミン製剤 ・ 降圧薬 ・ その他（　　））

腹膜・血液透析　（ 未実施 ・ 実施 → 腹膜透析 ・ 血液透析 ）

泌尿器科的手術　（ 不要 ・ 実施予定 ・ 実施済 → 術式：　　）

腎移植　（ 未実施 ・ 実施 ）

血漿交換療法　（ 未実施 ・ 実施 ）

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

学校生活管理指導表の指導区分 ： A　B　C　D　E　（幼児も同様な基準に準じる）

就学・就労	1. 就学前　2. 小中学校（通常学級・ 通級 ・ 特別支援学級 ）　3. 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） 4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）
現状評価	一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院　年　月　日 から　年　月　日 まで 通院　年　月　日 から　年　月　日 まで（ 月　回 ）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　年　月　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号