

告示番号		18		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〉										1/2							
病名		44 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							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県		() 市区町村					
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ()																			
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 (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																					
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：()																			

受給者番号（		）		患者氏名（		）					
告示番号	18	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〉		2/2
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 ）										
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 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：（ ）										
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 ）										
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]										
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									
医療機関住所		診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）									