

告示番号		26		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	1 フィンランド型先天性ネフローゼ症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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	
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(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									
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]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]								
	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 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL									
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:()									
病理検査	腎生検:[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:()									
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()									
既往歴	血栓症:[なし・あり] 敗血症:[なし・あり] 胎児期の超音波診断による異常:[なし・あり・不明]									
経過(申請時) ※直近の状況を記載										
臨床経過	先天性ネフローゼ症候群:[なし・あり] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[いいえ・はい]									
薬物療法	ロイド薬:[なし・あり] 免疫抑制薬:[なし・あり] 抗凝固薬:[なし・あり] 抗血小板薬:[なし・あり] アルブミン製剤:[なし・あり] 利尿薬:[なし・あり] インドメタシン:[なし・あり] 甲状腺ホルモン:[なし・あり] 降圧薬:[なし・あり] 生物学的製剤:[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]									

薬物療法	免疫グロブリン補充療法 (定期): [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 特記事項: ()
	予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 特記事項: ()
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり]
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	腎摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	術式: [両側 ・ 右 ・ 左] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		25		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	2 びまん性メサンギウム硬化症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
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 (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									
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]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]								
	その他	Wilms腫瘍：[なし ・ あり] 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]								
		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 (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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施				赤血球数：()個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比：()		蛋白尿：[なし ・ あり]			
血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL			血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL			BUN：()mg/dL			
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：()									
病理検査	腎生検：[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：()									

告示番号		24		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	3 微小変化型ネフローゼ症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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		
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	肥満度	%
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(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]									
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 発症半年以内に3回以上(新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発:[なし・あり] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:[なし・あり] 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 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 抗dsDNA抗体:()IU/mL・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:()										
病理検査	腎生検:[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:()										
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()										
経過(申請時) ※直近の状況を記載											
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[いいえ・はい]										
薬物療法	プレドニゾン:投与量(初発時):()mg/kg・mg/m ² ・不明 投与方法(初発時):[国際法・長期漸減・不明]										
	ステロイド薬:[なし・あり]			免疫抑制薬:[なし・あり]			抗凝固薬:[なし・あり]				
抗血小板薬:[なし・あり]			アルブミン製剤:[なし・あり]			降圧薬:[なし・あり]					
生物学的製剤:[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]								

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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施] LDLアフェレシス：[未実施 ・ 実施]
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		23		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	4 巣状分節性糸球体硬化症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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	
	年	月	日		年	月	日	肥満度	%
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(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							
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[]なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明							
	その他	外表奇形:[]なし・あり 所見:() ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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 ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:[]なし・あり 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				
	総コレステロール:()mg/dL				C3:()mg/dL				
	抗核抗体:()倍・未実施				抗dsDNA抗体:()IU/mL・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:()								
病理検査	腎生検:[]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:()								
家族歴	基礎疾患(症候群等):[]なし・あり								
	詳細:()								
家族歴	本疾患の家族歴:[]なし・あり・不明								
	詳細:()								

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性を認めない: [いいえ ・ はい] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [なし ・ あり]	
薬物療法	プレドニゾン: 投与量 (初発時): () mg/kg ・ mg/m ² ・ 不明 投与法 (初発時): [国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明]	
	ステロイド薬: [なし ・ あり]	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり]
	抗血小板薬: [なし ・ あり]	アルブミン製剤: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり]
血液浄化	生物学製剤: [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]
	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) 血漿交換療法: [未実施 ・ 実施] LDLアフェレシス: [未実施 ・ 実施]	
移植	腎移植: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号		27		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	5 膜性腎症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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					
	年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
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 (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]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL・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：()												
病理検査	腎生検：[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	基礎疾患等 (統発性の場合)：[なし ・ あり] 詳細 (膠原病、感染症、薬剤性他)：()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]												
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]												
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)												
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		22		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	6 ギャロウェイ・モワト (Galloway-Mowat) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	肥満度		%	
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(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			
	頭囲:()cm			頭囲SD:()						
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]				
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし・あり・不明]								
	精神・神経	精神発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]								
		移動障害:[なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明]								
その他	てんかん分類:ウエスト症候群:[なし・あり]		レノックス・ガストー症候群:[なし・あり]		焦点性てんかん:[なし・あり]			てんかん(その他):()		
	発達障害:[なし・あり・不明]		自閉スペクトラム症:[なし・あり・不明]							
	注意欠如多動症:[なし・あり・不明]		限局性学習症:[なし・あり・不明]							
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:()							
病理検査	腎生検:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		実施時年齢:()歳()か					
	検査名:[田中・ビネー式・WPPSI・WISC・WAIS-R・新版K式・K-ABC・遠城寺式・KIDS・その他]		検査名(その他):()		DQまたはIQ値:()					
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:()									
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()									

告示番号	22	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〉	2/2
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい]		
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]		
	薬物療法 (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)		
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		28		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	7 1から6までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
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(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]								
	その他	発症半年以内に3回以上(新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発:[なし・あり] ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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]								
		外表奇形:[なし・あり] 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] 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 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 抗dsDNA抗体:()IU/mL・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:()									
病理検査	腎生検:[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:()									
既往歴	胎児期の超音波診断による異常:[なし・あり・不明]									
経過(申請時) ※直近の状況を記載										
臨床経過	先天性ネフローゼ症候群:[なし・あり] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[いいえ・はい]									

薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり]	生物学的製剤：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)	
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]	実施日：(年 月 日) 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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号		32		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	8 IgA腎症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%			
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(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] 感冒時肉眼的血尿:[なし・あり]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施 血清IgA:()mg/dL												
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:()												
病理検査	腎生検:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 初回腎生検で50%以上にびまん性メサンギウム増殖を認めた:[なし・あり・不明] 初回腎生検で20%以上に半月体を認めた:[なし・あり・不明] 所見(その他):()												
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:()												
経過(申請時) ※直近の状況を記載													
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[いいえ・はい] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往:[なし・あり] IgA腎症と診断したが、後に紫斑病様の紫斑が出現した:[なし・あり]												
薬物療法	ステロイド薬:[なし・あり] 免疫抑制薬:[なし・あり] 生物学的製剤:[なし・あり] 抗凝固薬:[なし・あり] 抗血小板薬:[なし・あり] アルブミン製剤:[なし・あり] 降圧薬:[なし・あり]												
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) 血漿交換療法:[未実施・実施]												
手術	扁桃摘出術:[未実施・実施予定・実施済] 実施日:(年 月 日)												

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		43		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	9 メサンギウム増殖性糸球体腎炎 (IgA 腎症を除く。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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		
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%	
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 (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]							
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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 総コレステロール：() mg/dL C3：() mg/dL 抗核抗体：() 倍・未実施 抗dsDNA抗体：() IU/mL・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：()								
病理検査	腎生検：[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	基礎疾患等 (二次性の場合)：[なし ・ あり] 詳細 (膠原病、感染症、悪性腫瘍他)：()								
経過 (申請時) ※直近の状況を記載									
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]								
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]								
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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]								
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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		41		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	10 膜性増殖性糸球体腎炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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		
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日		肥満度	%	
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 (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]								
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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 総コレステロール: ()mg/dL C3: ()mg/dL C4: ()mg/dL CH50: ()U/mL C3 nephritic factor (C3NeF): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗核抗体: ()倍・未実施 抗dsDNA抗体: ()IU/mL・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: ()									
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 組織型: [I型 ・ II型 (DDD) ・ III型] C3腎症の診断に合致: [なし ・ あり] 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	基礎疾患等 (二次性の場合): [なし ・ あり] 詳細 (膠原病、感染症、悪性腫瘍他): ()									
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()									

告示番号		37		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	11 紫斑病性腎炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
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 (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] 感音時肉眼的血尿：[なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]								
	消化器	腹痛：[なし ・ あり]								
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL 抗核抗体：()倍 ・ 未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL ・ 未実施 血清IgA：()mg/dL									
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：()									
病理検査	腎生検：[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：()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載										
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[いいえ ・ はい] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり] 発症から2か月以上の紫斑の遷延：[なし ・ あり]									
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 第13因子製剤：[なし ・ あり]									
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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]									

手術	扁桃摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		36		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	12 抗糸球体基底膜腎炎 (グッドパスチャー (Goodpasture) 症候群)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな						(変更があった場合)	
氏名						ふりがな	
(Alphabet)						以前の登録氏名	
(Alphabet)						(Alphabet)	
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月
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
	年	月	日	年	月	日	肥満度 %
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(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]	
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]		血痰・咯血:[なし・あり]		肺胞出血:[なし・あり]	
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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]					
	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		総コレステロール:()mg/dL		
	C3:()mg/dL		抗核抗体:()倍・未実施		抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施		
	MPO-ANCA:()IU/mL・未実施		PR3-ANCA:()IU/mL・未実施		抗基底膜抗体:()IU/mL・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:()		
	CTまたはMRI検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()		
	画像検査(胸部):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		検査名:() 所見:()		
病理検査	腎生検:[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:()						
経過(申請時) ※直近の状況を記載							
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[なし・あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往:[なし・あり]						
薬物療法	ステロイド薬:[なし・あり]		免疫抑制薬:[なし・あり]		生物学的製剤:[なし・あり]		
	抗凝固薬:[なし・あり]		抗血小板薬:[なし・あり]		アルブミン製剤:[なし・あり]		
	降圧薬:[なし・あり]						

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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		42		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	13 慢性糸球体腎炎 (アルポート (Alport) 症候群によるものに限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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] 感音時肉眼的血尿:[なし・あり]	
	筋・骨格	びまん性平滑筋腫:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	感音性難聴:[なし・あり]					
	眼	疾患特異的眼科合併症:[なし・あり]					
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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		総コレステロール:()mg/dL		
	C3:()mg/dL						
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:()						
病理検査	腎生検:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
	皮膚生検:[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:()						
聴力検査	聴力検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
眼科学的検査	眼科学的検査:[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:()						
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()						

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [なし ・ あり]
薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 抗血小板薬: [なし ・ あり] アルブミン製剤: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり]
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)
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 33		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	14 エプスタイン (Epstein) 症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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	感音性難聴:[なし・あり]			
	眼	白内障:[なし・あり]			
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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 血清シスタチンC:()mg/L・未実施 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL				
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:()				
病理検査	腎生検:[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:()				
聴力検査	聴力検査:[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:()				
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()				
経過(申請時) ※直近の状況を記載					
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[なし・あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往:[なし・あり]				
薬物療法	ステロイド薬:[なし・あり] 免疫抑制薬:[なし・あり] 生物学的製剤:[なし・あり] 抗凝固薬:[なし・あり] 抗血小板薬:[なし・あり] アルブミン製剤:[なし・あり] 降圧薬:[なし・あり]				

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)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		45		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	15 ループス腎炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
		年 月 日		年 月 日		肥満度		%					
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(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]		発熱:[なし・あり]		漿膜炎:[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]							
	呼吸器・ 循環器	呼吸障害:[なし・あり]		血痰・咯血:[なし・あり]		肺泡出血:[なし・あり]		動静脈血栓症:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	紫斑:[なし・あり]		頬部紅斑:[なし・あり]		光線過敏:[なし・あり]		脱毛:[なし・あり]					
	筋・骨格	関節炎:[なし・あり]		関節痛:[なし・あり]		筋炎:[なし・あり]		筋痛:[なし・あり]					
	消化器	腹痛:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]									
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		神経炎(感覚障害):[なし・あり]		神経炎(運動障害):[なし・あり]							
	眼	視力障害:[なし・あり]											
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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	白血球数:()/μL リンパ球:()% ヘモグロビン(Hb):()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 血清シスタチンC:()mg/L・未実施 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL C4:()mg/dL CH50:()U/mL 抗核抗体:()倍・未実施 抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施 抗基底膜抗体:()IU/mL・未実施 抗SS-A(∕Ro)抗体:()U/mL・未実施 抗SS-B(∕La)抗体:()U/mL・未実施 抗U1-RNP抗体:()U/mL・未実施 抗Sm抗体:()U/mL・未実施 抗CLβ ₂ GP1抗体:()U/mL・未実施 ADAMTS13活性:()% 血清梅毒反応:[未実施・陰性・陽性] ループスアンチコアグラント:[未実施・陰性・陽性]												
生理機能検査	心電図検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
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:()												
	単純X線検査(胸部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
	CTまたはMRI検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												

告示番号 45 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〉		2/2
病理検査	腎生検：[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：()	
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()	
既往歴	血栓症：[なし ・ あり]	
経過（申請時） ※直近の状況を記載		
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]	
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	
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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]	
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		34		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	16 急速進行性糸球体腎炎 (顕微鏡的多発血管炎によるものに限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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		発熱:[]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	
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[]なし・あり		咳嗽:[]なし・あり		血痰・咯血:[]なし・あり	
		間質性肺炎:[]なし・あり		肺泡出血:[]なし・あり			
	皮膚・粘膜	紫斑:[]なし・あり					
	筋・骨格	関節炎:[]なし・あり		関節痛:[]なし・あり		筋炎:[]なし・あり	
		筋痛:[]なし・あり					
	消化器	消化管出血:[]なし・あり					
精神・神経	神経症状:[]なし・あり		神経炎(感覚障害):[]なし・あり		神経炎(運動障害):[]なし・あり		
眼	視力障害:[]なし・あり						
	強膜炎:[]なし・あり						
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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						
	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	白血球数:()/μL		好酸球数:()/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		
	血清シタチンC:()mg/L・未実施		総コレステロール:()mg/dL		CRP:()mg/dL		
	C3:()mg/dL		抗核抗体:()倍・未実施		抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施		
	MPO-ANCA:()IU/mL・未実施		PR3-ANCA:()IU/mL・未実施		抗基底膜抗体:()IU/mL・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:()						
単純X線検査(胸部):[]未実施・実施 実施日:()年()月()日							
所見:()							
CTまたはMRI検査:[]未実施・実施 実施日:()年()月()日							
所見:()							
病理検査	腎生検:[]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	気管支喘息:[なし ・ あり] 合併症 (その他):()
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往:[なし ・ あり]
薬物療法	ステロイド薬:[なし ・ あり] 免疫抑制薬:[なし ・ あり] 生物学的製剤:[なし ・ あり] 抗凝固薬:[なし ・ あり] 抗血小板薬:[なし ・ あり] アルブミン製剤:[なし ・ あり] 降圧薬:[なし ・ あり]
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) 血漿交換療法:[未実施 ・ 実施]
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号 35		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	17 急速進行性糸球体腎炎 (多発血管炎性肉芽腫症によるものに限る。)			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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 (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] 発熱：[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]			
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 咳嗽：[なし ・ あり] 血痰・咯血：[なし ・ あり] 肺泡出血：[なし ・ あり] 間質性肺炎：[なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	紫斑：[なし ・ あり] 口腔内潰瘍：[なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節炎：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり] 筋炎：[なし ・ あり] 筋痛：[なし ・ あり]			
	消化器	消化管出血：[なし ・ あり]			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 神経炎 (感覚障害)：[なし ・ あり] 神経炎 (運動障害)：[なし ・ あり]			
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり] 中耳炎：[なし ・ あり] 鞍鼻：[なし ・ あり]			
	眼	視力障害：[なし ・ あり] 強膜炎：[なし ・ あり]			
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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	白血球数：()/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 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 総コレステロール：()mg/dL CRP：()mg/dL C3：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 MPO-ANCA：()IU/mL・未実施 PR3-ANCA：()IU/mL・未実施 抗基底膜抗体：()IU/mL・未実施				
生理機能検査	心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()				
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：()				
	単純X線検査 (胸部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()				
病理検査	腎生検：[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: ()

本症の原因 誘因と考えられる使用薬剤: [なし ・ あり ・ 不明]
詳細: ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [なし ・ あり]

薬物療法 ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり]
抗凝固薬: [なし ・ あり] 抗血小板薬: [なし ・ あり] アルブミン製剤: [なし ・ あり]
降圧薬: [なし ・ あり]

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)
血漿交換療法: [未実施 ・ 実施]

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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		39		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	18 非典型溶血性尿毒症症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
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)										
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]		発熱:[なし・あり]		貧血:[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]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]		間質性肺炎:[なし・あり]						
	皮膚・粘膜	紫斑:[なし・あり]								
	消化器	腹痛:[なし・あり]		下痢:[なし・あり]		血便:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]		
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]								
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 先行感染の有無:[なし・あり] 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]		発熱:[なし・あり]		貧血:[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]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]		間質性肺炎:[なし・あり]						
	皮膚・粘膜	紫斑:[なし・あり]								
	消化器	腹痛:[なし・あり]		下痢:[なし・あり]		血便:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]		
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]								
その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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	ヘモグロビン(Hb):()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					
	血清シタチンC:()mg/L・未実施		総コレステロール:()mg/dL		総ビリルビン:()mg/dL					
	AST:()U/L		LDH:()U/L		抗H因子抗体:()AU/mL・未実施					
	血清ハプトグロビン:()mg/dL・未実施		C3:()mg/dL		CH50:()U/mL					
	抗CLβ ₂ GP1抗体:()U/mL・未実施		ADAMTS13活性:()%		ループスアンチコアグラント:[未実施・陰性・陽性]					
	抗O157抗体/O157抗原検査:[未実施・陰性・陽性]									
	詳細:()									
	志賀毒素:[未実施・陰性・陽性]									
	詳細:()									

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: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 末梢血スメアでの破碎赤血球所見: [なし ・ あり] 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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
既往歴	血栓症: [なし ・ あり]
	HUSの既往: [なし ・ あり] 発症前使用薬剤の有無: [なし ・ あり] 詳細: ()
本症の原因	補体制御因子異常: [なし ・ あり] 移植関連: [なし ・ あり] 肺炎球菌: [なし ・ あり] HIV: [なし ・ あり] 百日咳: [なし ・ あり] コバラミン代謝異常: [なし ・ あり] 薬剤性: [なし ・ あり] 本症の原因 (その他): ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性を認めない: [なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [なし ・ あり]
薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 抗血小板薬: [なし ・ あり] アルブミン製剤: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり]
	エクリズマブ: [なし ・ あり ・ 不明] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 使用中のCH50: [正常 ・ やや低下 ・ 感度以下]
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) 血漿交換療法: [未実施 ・ 実施]
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		38		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	19 ネイル・パテラ (Nail-Patella) 症候群 (爪膝蓋症候群)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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]	
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成:[なし・あり]					
	筋・骨格	骨・関節症状:[なし・あり]					
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]				神経症状:[なし・あり]	
	眼	緑内障:[なし・あり]					
	その他	外表奇形:[なし・あり] 所見:() ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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		総コレステロール:()mg/dL		
	C3:()mg/dL						
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:()		
	単純X線検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		部位:() 所見:()		
	CTまたはMRI検査(骨):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		部位:() 所見:()		
病理検査	腎生検:[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:()		
眼科学的検査	眼科学的検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()		
整形外科的検査	整形外科的検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()		

告示番号 38 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)		2/2
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: ()	
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [なし ・ あり] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [なし ・ あり]	
薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 抗凝固薬: [なし ・ あり] 抗血小板薬: [なし ・ あり] アルブミン製剤: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり]	
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)	
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		40		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	20 フィブロネクチン腎症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
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 (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] 感時肉眼的血尿:[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:[なし ・ あり] 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 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 抗dsDNA抗体:()IU/mL・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:()												
病理検査	腎生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) IST-4 (血漿性・細胞性フィブロネクチン) 免疫染色:[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] IST-9 (細胞性フィブロネクチン) 免疫染色:[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見 (その他):()												
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:()												
家族歴	本疾患の家族歴:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
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) 血漿交換療法:[未実施 ・ 実施]												

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] 腎移植後原疾患の再発：[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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		44		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	21 リポタンパク系球体症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
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 (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] 感音時肉眼的血尿：[なし ・ あり]								
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 抗高脂血症薬、降圧薬等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] 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 総コレステロール：()mg/dL 中性脂肪 (TG)：()mg/dL アポリポ蛋白E：()mg/dL・未実施 リポ蛋白分画：VLDL増加：[なし ・ あり] IDL増加：[なし ・ あり] C3：()mg/dL 所見 (その他)：()									
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：()									
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 光学顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい] 電子顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい] 所見 (その他)：()									
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：()									
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載										
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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施] LDLアフェレシス：[未実施 ・ 実施]									

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] 腎移植後原疾患の再発：[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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		46		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	22 8から21までに掲げるもののほか、慢性糸球体腎炎 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)	
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
		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(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					
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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 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 総コレステロール:()mg/dL C3:()mg/dL 抗核抗体:()倍・未実施 抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施 MPO-ANCA:()IU/mL・未実施 PR3-ANCA:()IU/mL・未実施 抗基底膜抗体:()IU/mL・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:()						
病理検査	腎生検:[]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:()						
経過(申請時) ※直近の状況を記載							
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない:[]いいえ・はい 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往:[]なし・あり						
薬物療法	ステロイド薬:[]なし・あり 免疫抑制薬:[]なし・あり 生物学的製剤:[]なし・あり 抗凝固薬:[]なし・あり 抗血小板薬:[]なし・あり アルブミン製剤:[]なし・あり 降圧薬:[]なし・あり						
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						
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		50		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	23 慢性尿管間質性腎炎 (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 → ()
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 %
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(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]					
	眼	ぶどう膜炎:[なし・あり] 虹彩毛様体炎:[なし・あり]					
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] 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	白血球尿:[なし・あり]		白血球数:()個/視野		尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:()・未実施		
	尿pH:()		アミノ酸尿:[なし・あり・未実施]				
	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		血清尿酸:()mg/dL		
	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L		
	血清Ca:()mg/dL		血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL		
血液ガス分析	CRP:()mg/dL		抗核抗体:()倍・未実施		抗dsDNA抗体:()IU/mL・未実施		
	MPO-ANCA:()IU/mL・未実施		PR3-ANCA:()IU/mL・未実施		抗SS-A(/Ro)抗体:()U/mL・未実施		
	抗SS-B(/La)抗体:()U/mL・未実施						
血液ガス分析	pH:()・未実施	HCO ₃ :()・未実施	BE:()・未実施	anion gap:()・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:()						
病理検査	腎生検:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
眼科学的検査	眼科学的検査:[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	感染症の合併:[なし・あり] 詳細:()						
	TINU症候群:[なし・あり]		サルコイドーシス:[なし・あり]		シェーグレン症候群:[なし・あり] 合併症(その他):()		

既往歴	急性尿細管壊死・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)
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 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)
------	--

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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		47		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	24 慢性腎盂腎炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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			%
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(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]											
	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 白血球尿:[なし・あり] 白血球数:()個/視野												
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 CRP:()mg/dL												
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:()												
病理検査	腎生検:[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:()												
既往歴	胎児期の超音波診断による異常:[なし・あり・不明]												
経過(申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法	ステロイド薬:[なし・あり] 免疫抑制薬:[なし・あり] 生物学的製剤:[なし・あり] 抗凝固薬:[なし・あり] 抗血小板薬:[なし・あり] アルブミン製剤:[なし・あり] 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)												

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		1		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	25 アミロイド腎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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] 体重減少:[なし・あり] リンパ節腫脹:[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]					
	筋・骨格	手根管症候群:[なし・あり]					
	消化器	下痢:[なし・あり] 肝腫大:[なし・あり] 吸収不良症候群:[なし・あり]					
	精神・神経	感覚運動神経障害:[なし・あり] 自律神経障害:[なし・あり]					
	その他	巨舌:[なし・あり] 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 尿中ペンシジョンズ蛋白(BJP):[なし・あり・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 CRP:()mg/dL 血中M蛋白:[なし・あり]						
生理機能検査	心電図検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
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:()						
	超音波検査(心臓):[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:()						
病理検査	腎生検:[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:()						
眼科学的検査	眼科学的検査:[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：()
-----	---------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[なし ・ あり]
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]
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)
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		3		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	26 家族性若年性高尿酸血症性腎症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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		
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	肥満度	%
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(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]			
	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						
	尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:・未実施				尿pH:()	アミノ酸尿:[なし・あり・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		血清尿酸:()mg/dL					
	血清Na:()mEq/L			血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L					
	血清Ca:()mg/dL			血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL					
血液ガス分析	pH:()・未実施		HCO ₃ ⁻ :()・未実施		BE:()・未実施		anion gap:()・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						
	腎石灰化:[なし・あり]				所見(その他):()						
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[未実施・実施]				実施日:()年()月()日						
	腎石灰化:[なし・あり]				所見(その他):()						
病理検査	腎生検:[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:()										
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明]										
	詳細:()										
経過(申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	降圧薬:[なし・あり]										
	薬物療法:[なし・あり] 使用薬剤名:()										

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)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		5		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	27 常染色体優性尿管間質性腎疾患					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 %	
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(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]		尿糖:[なし・あり]		尿失禁:[なし・あり]		
	その他	腎機能低下:[なし・あり]		夜尿:[なし・あり]						
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 白血球尿:[なし・あり] 白血球数:()個/視野 尿糖(定性):[陰性・1+以上] 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 血清尿酸:()mg/dL 血清Na:()mEq/L 血清K:()mEq/L 血清Cl:()mEq/L 血清Ca:()mg/dL 血清P:()mg/dL 血清Mg:()mg/dL									
画像検査	超音波検査(腎・尿路):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 右長径:()cm 右長径:()cm 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:()									
病理検査	腎生検:[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:()									
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()									
鑑別診断	ネフロン癆の診断基準:[満たさない・満たす]									
経過(申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	尿酸降下薬:[なし・あり] 薬物療法:[なし・あり] 使用薬剤名:()									

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)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		29		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	28 ネフロン癆							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
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 (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]			多飲：[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]			多尿：[なし ・ あり]		
	消化器	肝線維症：[なし ・ あり]			Caroli病：[なし ・ あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]						脳・脊髄形成異常：[なし ・ あり]					
	眼	視力障害：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 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] 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			
	AST：()U/L			血清シスタチンC：()mg/L・未実施			総ビリルビン：()mg/dL						
	血清Na：()mEq/L			ALT：()U/L			γ-GTP：()U/L						
	血清K：()mEq/L												
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：()												
	CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
病理検査	腎生検：[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：()												
眼科学的検査	眼科学的検査：[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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
既往歴	急性尿細管壊死・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) 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		14		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	29 腎血管性高血圧								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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	%		
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 (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]			
	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			血清Na：() mEq/L						
	血清K：() mEq/L			血漿レニン活性 (PRA)：() ng/mL/hr ・ 未実施			血漿アルドステロン：() pg/mL ・ 未実施						
腎静脈血レニン活性 (腎静脈サンプリング血による)：[未実施 ・ 実施]	所見：()												
カプトプリル負荷試験：[未実施 ・ 実施]	所見：()												
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
	腎血管造影：[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：()												
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)								
本症の原因	繊維筋性異形成：[なし ・ あり]			高安病：[なし ・ あり]			腹部大動脈縮窄症：[なし ・ あり]						
	ウィリアムス症候群：[なし ・ あり]			神経線維腫症：[なし ・ あり]			腹部手術合併症：[なし ・ あり]						
本症の原因 (その他)：()													

告示番号 14 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〉		2/2
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり]
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		15		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	30 腎静脈血栓症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日		肥満度 %							
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 (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]											
	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 抗CLβ ₂ GP1抗体:()U/mL・未実施 AT-III活性:()%・未実施 プロテインC活性:()%・未実施 プロテインS活性:()%・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:()												
	造影CT検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 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:()												
本症の原因	本症の原因:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法	ステロイド薬:[なし ・ あり] 免疫抑制薬:[なし ・ あり] 生物学的製剤:[なし ・ あり] 抗凝固薬:[なし ・ あり] 抗血小板薬:[なし ・ あり] アルブミン製剤:[なし ・ あり] 降圧薬:[なし ・ あり]												
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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		16		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	31 腎動脈瘤					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
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 (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]								
	呼吸器・循環器	腹部血管雑音：[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 血漿レニン活性 (PRA)：() ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：() pg/mL ・ 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：()										
腎血管造影：[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：()									
本症の原因	本症の原因：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり]			免疫抑制薬：[なし ・ あり]			生物学的製剤：[なし ・ あり]			
	抗凝固薬：[なし ・ あり]			抗血小板薬：[なし ・ あり]			アルブミン製剤：[なし ・ あり]			
	降圧薬：[なし ・ あり]									
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：()									

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 (継続申請用)		1/2			
病名	32 尿細管性アシドーシス					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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		
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
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(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] 腎石灰化:[なし・あり]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]									
	耳鼻咽喉	難聴:[なし・あり]									
	眼	白内障:[なし・あり] 緑内障:[なし・あり]									
	その他	外表奇形:[なし・あり] 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] 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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:・未実施 尿pH:() アミノ酸尿:[なし・あり・未実施] 尿糖:[なし・あり]										
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 血清尿酸:()mg/dL 血清Na:()mEq/L 血清K:()mEq/L 血清Cl:()mEq/L 血清Ca:()mg/dL 血清P:()mg/dL 血清Mg:()mg/dL 血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施 血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施										
血液ガス分析	pH:()・未実施 HCO ₃ :()・未実施 BE:()・未実施 anion gap:()・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) 腎石灰化:[なし・あり] 所見(その他):()										
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 腎石灰化:[なし・あり] 所見(その他):()										
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
聴力検査	聴力検査:[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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 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]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	降圧薬: [なし ・ あり] 薬物療法: [なし ・ あり] 使用薬剤名: ()
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)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		4		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	33 ギッテルマン (Gitelman) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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] 腎石灰化:[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		
	尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:・未実施		尿pH:()		アミノ酸尿:[なし・あり・未実施]		
	尿糖:[なし・あり]		尿比重:()				
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		血清尿酸:()mg/dL		
	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L		
	血清Ca:()mg/dL		血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL		
	血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施				
血液ガス分析	pH:()・未実施		HCO ₃ :()・未実施		BE:()・未実施		anion gap:()・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)				
	腎石灰化:[なし・あり]						
	所見(その他):()						
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)				
	腎石灰化:[なし・あり]						
	所見(その他):()						
病理検査	腎生検:[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:()						
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 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]						

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
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)
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		30		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	34 バーター (Bartter) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%			
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 (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] 腎石灰化：[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					
	尿中カルシウム / 尿中クレアチニン比：・ 未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]					尿糖：[なし ・ あり] 尿比重：()					
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 血清尿酸：()mg/dL			血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L				
	血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL			血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施							
血液ガス分析	pH：() ・ 未実施 HCO ₃ -：() ・ 未実施 BE：() ・ 未実施		anion gap：() ・ 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)					腎石灰化：[なし ・ あり]					
	所見 (その他)：()										
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					腎石灰化：[なし ・ あり]					
	所見 (その他)：()										
病理検査	腎生検：[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：()										
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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]					

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
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)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		17		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	35 腎尿管結石							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			肥満度	%			
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 (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] 腎石灰化：[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 尿中カルシウム / 尿中クレアチニン比：() ・ 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 血清尿酸：() mg/dL												
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：()												
	腎尿管膀胱単純撮影 (KUB)：[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：()												
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]												
本症の原因	本症の原因：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()												
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) 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		49		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	36 慢性腎不全 (腎腫瘍によるものに限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度		%	
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 (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]				
	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: ()				
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: ()									
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [なし・あり・不明]									
本症の原因	原因となった腎腫瘍: ()									
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) 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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		48		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	37 慢性腎不全 (急性尿細管壊死または腎虚血によるものに限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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					
	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:()						
既往歴	急性尿細管壊死・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						
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						
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		10		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	38 多発性嚢胞腎							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
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 (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]											
	消化器	肝線維症：[なし ・ あり] Caroli病：[なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：() 遺伝形式 (症状からの推定含む)：[常染色体優性 ・ 常染色体劣性 ・ 不明] 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 総ビリルビン：() mg/dL AST：() U/L ALT：() U/L γ-GTP：() U/L												
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：()												
	超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	画像検査 (腹部：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 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：()												
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：()												

告示番号 10		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)		2/2
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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]			
	新生児期の異常：[なし ・ あり] 詳細：()			
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] トルパブタン：[なし] 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	腎摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：[両側 ・ 右 ・ 左] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他)：[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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		11		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	39 低形成腎								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(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				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
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 (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 (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) 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：()												

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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]		
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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		8		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	40 腎無形成					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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(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(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 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:()						

告示番号 **8** 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) **2/2**

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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]		
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	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		12		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	41 ポッター (Potter) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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	
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%
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(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]		
	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(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) 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:()									
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明] 詳細:()									

告示番号 12 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〉		2/2
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]	
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ーブズマブ投与：[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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		9		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	42 多嚢胞性異形成腎					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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		
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%
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 (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 (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) 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：()									

告示番号 **9** **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〉** **2/2**

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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]		
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()	

告示番号		6		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	43 寡巨大糸球体症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	肥満度	%	
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(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(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:()								
病理検査	腎生検:[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:()								

告示番号 6 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〉		2/2
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]	
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ーブズマブ投与：[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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		7		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	44 鯉耳腎症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
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 (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] 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見：[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] 耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める：[なし ・ あり]								
	その他	第2鯉弓奇形 (鯉溝性瘻孔あるいは鯉溝性嚢胞)：[なし ・ あり] 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：()									
	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：()									
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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]									

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 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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
	年	月	日	年	月	日	肥満度 %
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 (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 (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				
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]			

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〉		2/2
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		19		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	46 閉塞性尿路疾患					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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	
	年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
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(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(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 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:()									

告示番号 **19** 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) **2/2**

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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

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 (継続申請用)		1/2	
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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 %
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 (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 (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 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]			

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

告示番号		21		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	46及び47に掲げるもののほか、尿路奇形 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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			
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%		
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 (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 (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:()									
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] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：()	降圧薬：[なし ・ あり]	球形吸着炭：[なし ・ あり]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)	
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：()	実施日：(年 月 日)	
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]	実施日：(年 月 日) 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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 → ()			
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			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
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(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]								
	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	急性尿細管壊死・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) 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		31		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	50 ファンコーニ (Fanconi) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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		
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
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(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]					
	眼	白内障:[なし・あり]		緑内障:[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						
尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:・未実施		尿pH:()		アミノ酸尿:[なし・あり・未実施]							
尿糖:[なし・あり]											
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		血清尿酸:()mg/dL						
	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L						
	血清Ca:()mg/dL		血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL						
	血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施								
血液ガス分析	pH:()・未実施		HCO ₃ :()・未実施		BE:()・未実施		anion gap:()・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										
	腎石灰化:[なし・あり] 所見(その他):()										
画像検査(腎尿路:超音波以外):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日											
腎石灰化:[なし・あり] 所見(その他):()											
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:()											
家族歴	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明]										
詳細:()											
既往歴	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	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
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)
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		51		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	51 ロウ (Lowe) 症候群							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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	()		()		()		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	%	
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 (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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]												
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr・未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL・未実施												
血液ガス分析	pH：()・未実施 HCO ₃ -：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()												
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()												
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：()												
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()												

既往歴	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	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()		
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)		
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		