

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〈新規申請用〉										1/3	
病名		25 アミロイド腎										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)	cm (SD)				体重 (測定日)	kg (SD)				BMI			
			年 月 日					年 月 日						肥満度	%
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能								運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg													
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]													
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり] 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)：()													
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：()個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施 尿中ベンズジョンス蛋白 (BJP)：[なし ・ あり ・ 未実施]													
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血中M蛋白：[なし ・ あり]				血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施				BUN：()mg/dL CRP：()mg/dL					
生理機能検査		心電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日

年

月

8

公費負担者番号

認定結果

[認定 ・ 不認定]

研究同意の有無

〔有・無〕

受給者番号

受給者番号 () 有効期限 年 月 日

階層区分

[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日