

様式第2号その2(第7条、第13条関係) (表面)
小児慢性特定疾患(慢性腎疾患) 医療意見書 (平成 年度)

受給者番号 ()		新規(新規診断、転入 ^{注1)})		継続、再開	
患者	ふりがな氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日	(満 歳)
発症	平成 年 月頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患群	02 慢性腎疾患	疾患名	I C D ()		
現在の症状 :					
平成 年 月 日 ^{注2)} の身長 cm、体重 Kg、血圧 /					
診断の根拠となった主な検査等の結果(数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況)該当するものに○を付け、必要な場合()に記載してください。 血尿: 無・有(肉眼的血尿、 /視野)、蛋白尿: 無・有(mg/dl) ^{注3)} 血清: 総蛋白(g/dl)、アルブミン(g/dl) ^{注3)} 、クレアチニン(mg/dl) BUN(mg/dl)、総コレステロール(mg/dl) I g A(mg/dl)、C 3(mg/dl) 腎エコー: 未実施、実施(特記すべき所見: 無、有) 腎生検: 未実施、実施(所見)					
その他の現在の主な所見等 : 合併症(無、有)					
経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果)該当するものに○を付け、必要な場合()に記載してください。 薬物療法: 未実施、実施(ステロイド薬、免疫抑制薬、抗凝固薬、抗血小板薬、アルブミン製剤、降圧薬、その他) 腹膜・血液透析: 未実施、実施 泌尿器科的手術: 不要、必要 腎移植: 未実施、実施 1つに○印: 治癒、寛解、改善、不変、再発(回) ^{注4)} 、悪化、死亡、判定不能					
今後の治療方針					
学校生活管理指導表の指導区分 : A、B、C、D、E (幼児も同様の基準で準じる)					
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(月 回)			
上記の通り診断する。		医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印			

注1) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。
注2) 新規は初診時または診断時についての記入でよい。ただし継続は直近の計測値を記入する。
注3) ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群の場合は、4週間のステロイド終了時の結果を記入してください
注4) 頻回に再発するネフローゼ症候群の場合は、半年間に再発した回数を記入してください。
注5) 低身長を伴う慢性腎不全で成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書(初回・継続)」を添付してください。