

小兒慢性特定疾患（悪性新生物）医療意見書（略）

（別紙 1）

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	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）
発症	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患群	02 慢性腎疾患	疾患名	ICD()				
現在の症状：							
平成 年 月 日 ²⁾ の身長 cm、体重 kg、血圧 /							
<p>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○をつけ、必要な場合（ ）に記載して下さい。 血尿：無・有（肉眼的血尿、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） IgA（ mg/dl）、C3（ 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）</p>							
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有）							
<p>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○をつけ、必要な場合（ ）に記載して下さい。</p> <p>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</p>							
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 （幼児も同様の基準に準じる）							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）					
上記の通り診断する				医療機関所在地 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下さい。
 注2）新規のは初診時、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下さい。
 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下さい。
 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）」を添付して下さい。

小兒慢性特定疾患（慢性呼吸器疾患）医療意見書（略）

小兒慢性特定疾患（慢性心疾患）医療意見書（略）

小児慢性特定疾患（内分泌疾患）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 ²⁾	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	(満 歳)	
発病	昭・平 年 月 頃			初診日 昭・平 年 月 日			
疾患群	05 内分泌疾患	疾患名	ICD()				
<p>現在：平成 年 月 日³⁾の身長 cm、体重 kg 二次性徴⁴⁾Tanner B/G、PH、骨年齢 歳 ヶ月(撮影 年 月) 思春期開始年齢 歳(乳房腫脹、陰毛発生のみは除く) 先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成の場合、どちらかに 印： 新生児スクリーニングで発見、他で発見</p>							
<p>所見：新規は、診断の根拠(症状、身体所見、検査成績を数値で具体的に) 継続は、前回申請後現在までの状況(同様の項目)</p> <p>甲状腺機能：T4(μg/dl)、fT4(ng/dl)、T3(ng/ml)、TSH(μU/ml)</p> <p>その他の合併症(無、有)</p>							
<p>経過(これまでに行われた主な治療)</p> <p>(1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能)</p>							
<p>今後の治療方針</p> <p>該当する治療法に 印：補充療法、機能抑制療法、他の薬物療法 成長ホルモン分泌不全性低身長症、ターナー症候群、または、プラダー・ ウイリ症候群の場合：成長ホルモン治療(要、不要) 添付する成長ホルモン治療用意見書は(初回、継続)</p>							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日(月 回)					
上記の通り診断する		医療機関所在地			科		
平成 年 月 日		名称			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下さい。
 注2) 性腺疾患で性を決定を保留している場合は、記入しなくてもよい。
 注3) 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4) B/G: breast/genitalia stages、PH: pubic hair stages
 注5) 睪丸形成不全・欠損症、卵巣形成不全は、両側性のことを明記して下さい。

小兒慢性特定疾患（膠原病）医療意見書（略）

小児慢性特定疾患（糖尿病）医療意見書（平成 年度）

受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入 ^{注）} ）、継続、再開			
患者	ふりがな氏名	男女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 （満 歳）	
発病	昭・平 年 月 頃	初診日 昭・平 年 月 日			
疾患群	07 糖尿病	疾患名	ICD()		
<p>現在の症状：平成 年 月の身長 cm、体重 kg 以下、該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載して下さい。 多尿・多飲（ 年 月頃より）、体重減少（ 年 月頃より） 全身倦怠（ 年 月頃より）、意識障害・昏睡（ 年 月頃より） 学校検尿で発見（有、無）、その他（ ）</p> <p>現在の治療：(1)インスリン、(2)経口血糖降下薬、(3)IGF-1、 (4)食事・運動療法のみ</p>					
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 （診断時の場合は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○をつけ、必要な場合()に記載して下さい。</p> <p>病型：1型糖尿病、2型糖尿病、分類不能、随時・空腹時血糖値（ mg/dl） Insulin（ μU/ml）、HbA1c %、随時尿糖値・早朝尿糖値（ g/dl） ケトン尿（-、+、++、+++）、蛋白尿（-、+、++）、血清GAD抗体（ U/ml） 血清：Na（ mEq/L）、K（ mEq/L）、Cl（ mEq/L） 中性脂肪（ mg/dl）、BUN（ mg/dl）、クレアチン（ mg/dl） GOT（ mIU/ml）、GPT（ mIU/ml）、総コレステロール（ mg/dl） 0-GTT（2型糖尿病のみ）（ g負荷）：前（ mg/dl）、 1時間（ mg/dl）、2時間（ mg/dl）</p>					
<p>その他の現在の主な所見等： 糖尿病性合併症（無、有</p> <p>その他の合併症（無、有</p>					
<p>経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）</p> <p>（1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）</p>					
<p>今後の治療方針</p>					
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日			
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）			
上記の通り診断する		医療機関所在地		科	
平成 年 月 日		医師氏名		印	

注）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下さい。

小兒慢性特定疾患（先天性代謝異常）医療意見書（略）

小兒慢性特定疾患（血友病等血液・免疫疾患）医療意見書（略）

小兒慢性特定疾患（神経・筋疾患）医療意見書（略）

小兒慢性特定疾患（慢性消化器疾患）医療意見書（略）

小児慢性特定疾患医療意見書用
成長ホルモン治療用意見書（ 初回 ）（略）

小児慢性特定疾患医療意見書用
成長ホルモン治療用意見書（ 継続 ）（略）