

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

931 慢性腎不全臨床調査個人票 ( 新規 更新 )

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
氏名					年	月	日	満	歳	
住所	〒		TEL	-						
発症年月	年	月	初診年月日	年	月	日	診断年月日	年	月	日
身体障害者帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 級) <input type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度 ) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> なし						
生活状況 (最近1年)	社会活動 ( <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 日常生活 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 )									
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 主に通院 ( /月 ) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他 ( )									
発症よりの経過										
初診時の主要症状										
検査所見							原疾病			
尿蛋白定性	-	±	+	血清総蛋白量	_____ g/dl		糖尿病性腎症	-	+	
尿蛋白定量	_____ g/gCr		血清尿素窒素	_____ mg/dl		慢性腎炎	-	+		
尿潜血反応	-	±	+	血清クレアチニン	_____ mg/dl		腎硬化症	-	+	
尿沈渣 赤血球	_____ 個/視野		eGFR	_____ ml/min/1.73 m <sup>2</sup>		ループス腎炎	-	+		
白血球	_____ 個/視野		(血清Cr値をもとにした推算糸球体濾過量)	( 年 月 日実施 )		悪性高血圧	-	+		
円柱	_____ 個/視野						腎・尿路腫瘍	-	+	
( 年 月 日実施 )							その他	-	+	
							<input type="checkbox"/> 実施 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 未実施 <腎病理所見>			
腎生検診断										
治療研究の具体的指針	治療研究					その他の参考所見				
医師意見										
所属施設名 _____ (TEL ( ) ) 所在地 _____ 診療科 _____ 主治医氏名 _____ (指定医番号) _____ 記載年月日: 年 月 日										

(注) ・医師意見 (診断の根拠と治療計画の概要等) は必ず記入してください。  
 ・人工透析・腎移植・移植後の免疫療法等で他法適用となった場合は、対象外となります。(裏面参考)  
 ・診断年月日欄には、認定基準を満たしたと診断した日を記載してください。

## 9 3 1 慢性腎不全

### I 認定基準

下記 1 または 2 の要件を満たすものとする。

1. eGFR（推算糸球体濾過量）が 45ml/min/1.73 m<sup>2</sup>以下のもの
2. 尿蛋白定量が 0.5g/gCr 以上のもの

<慢性腎不全の主な原因>

原発性慢性腎不全 (腎臓の病気が原因で起きる)	続発性慢性腎不全 (腎臓以外の病気の合併症による腎障害)
慢性糸球体腎炎 先天性腎疾患 多発性嚢胞腎（国指定難病で申請） IgA 腎症（国指定難病で申請） 等	糖尿病性腎症（糖尿病） 腎硬化症（高血圧） 痛風腎（痛風） ループス腎炎 (全身性エリテマトーデスなどの膠原病) 等

<症状と腎機能の目安>

CKD ステージ	G1-G2 腎予備力の減少期	G3 代償期	G4 非代償期	G5 末期腎不全（尿毒症）
GFR (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> )	≧ 60	30~60	15~30	15 ≦
症 状	無症状	夜間尿、貧血、 尿濃縮力低下	貧血、アシドーシス・高リン血症、低カルシウム血症、高カリウム血症	第 3 期の症状の他に、消化器系、神経系、循環器系、血液系の多彩な尿毒症症状、乏尿無尿
治 療		食事療法・薬物療法		透析療法・腎移植

### II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定期間は、原則として 1 年とする。（更新可）
2. 他法の適用となったものは除外する。  
※人工透析・腎移植・移植後の免疫療法等は、特定疾病療養受療証・自立支援法等の適用となる。
3. 18 歳以上で、小児慢性特定疾病医療費助成制度の申請ができないもの。
4. 下記については、国の臨床調査個人票を使用し、国の指定難病として申請して下さい。

- ・ I g A 腎症
- ・ 多発性嚢胞腎
- ・ アルポート症候群
- ・ 急速進行性糸球体腎炎
- ・ 抗糸球体基底膜腎炎
- ・ 一次性ネフローゼ症候群
- ・ 一次性膜性増殖性糸球体腎炎
- ・ 紫斑病性腎炎
- ・ その他、国の指定難病が原疾病の場合