

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		18 ネイル・パテラ (Nail-Patella) 症候群 (爪膝蓋症候群)							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
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 ( 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													
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 ]											
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 ]											
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 <sub>2</sub> 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：( )											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〈新規申請用〉				2/2
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：( )								
検査所見（その他）	検査所見（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 <sub>2</sub> 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：( )								
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 (印)									
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )									