

告示番号		21		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		3 微小変化型ネフローゼ症候群								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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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]																			
	その他	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] 発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは概ね過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[なし ・ あり] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[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]																			
	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]																			
	その他	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] 発症半年以内に3回以上、あるいは概ね過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[なし ・ あり] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施										赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 蛋白尿：[なし ・ あり]									
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施										血清アルブミン：()g/dL 血清シタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施 BUN：()mg/dL									
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 所見：()										実施日：(年 月 日)									
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()										実施日：(年 月 日)									
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	21	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
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] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施		赤血球数：()個／視野 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：()		蛋白尿：[なし ・ あり]	
血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 総コレステロール：()mg/dL 抗核抗体：()倍・未実施		血清アルブミン：()g/dL 血清シスタチンC：()mg/L・未実施 C3：()mg/dL 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施		BUN：()mg/dL	
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 所見：()		実施日：(年 月 日)			
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()		実施日：(年 月 日)			
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：[いいえ ・ はい]					
薬物療法	プレドニゾロン：投与量（初発時）：()mg/kg ・ mg/m ² ・ 不明 投与法（初発時）：[国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明]					
	ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり]		免疫抑制薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]			
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施]		導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月) LDLアフェレシス：[未実施 ・ 実施]			
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]		実施日：(年 月 日) 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)		通院頻度 ()回／月	
	治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日)		終了日：(年 月 日)			
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 ()				