

告示番号		20		慢性腎疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2									
病名		4 巣状分節性糸球体硬化症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )									
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 (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 ]																			
	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 ]																			
	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 ] 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 (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 抗核抗体：( )倍・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・未実施																			
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：( )																			
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：( )																			
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：( )																			
		基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
家族歴		本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号 **20** 慢性腎疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 2/2

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：[ いいいえ ・ はい ]      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 ]
------	--

	プレドニゾン：投与量（初発時）：（ ）mg/kg ・ mg/m <sup>2</sup> ・ 不明	投与法（初発時）：[ 国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明 ]
薬物療法	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 ] 抗凝固薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ 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 ]	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 )
	血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ]	LDLアフェレシス：[ 未実施 ・ 実施 ]

移植	腎移植：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(          年          月          日 ) 先行の腎移植：[ 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（
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	(		)