

告示番号		26		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	1 フィンランド型先天性ネフローゼ症候群					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		
	年	月	日	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						
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	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						
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	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]		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 ₂ 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								
羊水検査	羊水中α-フェトプロテイン:()ng/dL・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:()						
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()						
病理検査	巨大胎盤(出生体重の25%以上):[なし・あり・不明]		胎盤重量:()g								
	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):()										

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
尿検査	尿尿: [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 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 BUN: ()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: () 画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
既往歴	血栓症: [なし ・ あり] 敗血症: [なし ・ あり] 胎児期の超音波診断による異常: [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	先天性ネフローゼ候群: [なし ・ あり] 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	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [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] 利尿薬: [なし ・ あり] インドメタシン: [なし ・ あり] 甲状腺ホルモン: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり] 腎疾患に対するパリズマブ投与: [なし ・ あり ・ 不明] 免疫グロブリン補充療法 (定期): [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 特記事項: () 予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 特記事項: ()
栄養管理	中心静脈栄養: [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)
手術	腎摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: ()年 ()月 ()日) 術式: [両側 ・ 右 ・ 左] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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
医療機関住所	年 月 日
	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()