

告示番号		25		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	2 びまん性メサンギウム硬化症					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		
	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(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	Wilms腫瘍:[ なし・あり ] 免疫抑制薬またはステロイド薬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 ]							
		内・外性器異常:[ なし・あり ] 所見:( )							
外表奇形:[ なし・あり ] 所見:( ) 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						
画像検査	超音波検査(腎・尿路):[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日						
	画像検査(腎尿路:超音波以外):[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日						
病理検査	腎生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日						
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ]		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:( )								
	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：( )		
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	先天性ネフローゼ症候群：[ 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ーブズマブ投与：[ 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 年 月 日		
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		