

告示番号 **24** 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		
		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]			
	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 (新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは過去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]			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						
	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:()								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他):()								

告示番号 24 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	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 蛋白尿: [なし ・ あり] 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()
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	プレドニゾン: 投与量 (初発時): ()mg/kg ・ mg/m ² ・ 不明 投与方法 (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]	
血液浄化	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ゾマブ投与: [なし ・ あり ・ 不明]	
	抗凝固薬: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり]	
移植	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]	
	腎移植: [未実施 ・ 実施] 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) 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 ()	