

告示番号		23		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	4 巣状分節性糸球体硬化症					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							
	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):()							
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(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			

告示番号	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
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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)：()		
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)	()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：()		
	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：()		
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] 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]		
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] 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] 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 ()		