

| 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 (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<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |           |                 |
| 受給者番号                    |   | 受診日   | 年         | 月            | 日                     |   |  |           |                 |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |   |   |           |              |                       | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |  |           |                 |
| 生年月日                     | 年   | 月   | 日         | 意見書記載時の年齢    | 歳                     | か   | 月  | 日         | 性別<br>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<br>(測定日)   | cm ( SD)  |           |              | 体重<br>(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)・<br>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・<br>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<br>所見:( )<br>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<br>ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:[ ]なし・あり<br>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:( )  |   |           |              |                       |   |  |           |                 |
| 家族歴                      | 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 <sup>2</sup> ・ 不明 投与法 (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 ]                   |
| 血液浄化    | 生物学製剤: [ なし ・ あり ]   | 腎疾患に対するパリブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ]                       |
|         | 腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 )<br>血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 )<br>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 )<br>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 ( \_\_\_\_\_ )