

告示番号		27		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	5 膜性腎症							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			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						
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] 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 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)：()												
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	基礎疾患等 (統発性の場合)：[なし ・ あり] 詳細 (膠原病、感染症、薬剤性他)：()												
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	ステロイド薬：[なし ・ あり]			免疫抑制薬：[なし ・ あり]			生物学的製剤：[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	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)									
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 ()