

病名	6 1から5までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群 (具体的な疾病名:)					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]						
		外表奇形:[なし・あり]		所見:()				
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]						
		外表奇形:[なし・あり]		所見:()				
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:()			
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):()							

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 (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 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] 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：()
既往歴	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	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] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり]	生物学的製剤：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]	導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)	
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 先行的腎移植：[なし ・ あり]	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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()