

告示番号		22		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	6 ギャロウェイ・モワト (Galloway-Mowat) 症候群					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	
		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(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									
	頭囲:()cm			頭囲SD:()						
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]				
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし・あり・不明]								
	精神・神経	精神発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]								
		移動障害:[なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明]								
その他	てんかん分類:ウエスト症候群:[なし・あり]		レノックス・ガストー症候群:[なし・あり]			焦点性てんかん:[なし・あり]				
	てんかん(その他):()									
	発達障害:[なし・あり・不明]			自閉スペクトラム症:[なし・あり・不明]						
注意欠如多動症:[なし・あり・不明]			限局性学習症:[なし・あり・不明]							
発達障害(その他):()										
外表奇形:()										
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:()								
病理検査	腎生検:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日							
所見:()										
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査:[未実施・実施]				実施日:()年()月()日		実施時年齢:()歳()か月			
	検査名:[田中・ビネー式・WPPSI・WISC・WAIS-R・新版K式・K-ABC・遠城寺式・KIDS・その他]									
検査名(その他):()										
DQまたはIQ値:()										
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	本疾患の家族歴:[なし・あり・不明]									
詳細:()										

告示番号	22 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〉		2/2
既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[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]		
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] 薬物療法（その他）：()		
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 ()	