

告示番号		28		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	7 1から6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"/> 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		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								
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	発症半年以内に3回以上 ( 新規症例は初発時も1回を含む )、あるいは過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発: [ なし ・ あり ] 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 (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 <sub>2</sub> 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	先天性ネフローゼ症候群: [ なし ・ あり ] 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )