

告示番号		43		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)		1/2	
病名	9 メサンギウム増殖性糸球体腎炎 (IgA腎症を除く。)					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		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] 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] 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:()								
検査所見(その他)	検査所見(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 (二次性の場合) : [なし ・ あり] 詳細 (膠原病、感染症、悪性腫瘍他) : ()		
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) 血漿交換療法 : [未実施 ・ 実施]		
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 ()		