

病名	<b>9 膜性増殖性糸球体腎炎</b>					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								
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 <sub>2</sub> 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 C4:( )mg/dL CH50:( )U/mL C3 nephritic factor (C3NeF):[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 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 ) 組織型:[ I型 ・ II型(DDD) ・ III型 ] C3腎症の診断に合致:[ なし ・ あり ] 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:( )								
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):( )								
家族歴	本疾患の家族歴:[ 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 ] 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 ] 発症以来 C3、CH50 の正常化を認めない: [ 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 医療機関住所	記載年月日 年 月 日  診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	(印)
-----------------	---	-----