

告示番号	41	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	10 膜性増殖性糸球体腎炎					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		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):()										
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						

告示番号	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
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 CH50：()U/mL 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 C3 nephritic factor (C3NeF)：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施	BUN：()mg/dL C4：()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) 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化を認めない：[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] 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)		
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 ()		