

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 (継続申請用)		1/2			
病名	10 膜性増殖性糸球体腎炎					受付種別	<input type="checkbox"/> 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 ]	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 ( )