

告示番号		42		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	13 慢性糸球体腎炎 (アルポート (Alport) 症候群によるものに限る。)					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 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] 感音時肉眼的血尿:[なし・あり]	
	筋・骨格	びまん性平滑筋腫:[なし・あり]					
	耳鼻咽喉	感音性難聴:[なし・あり]					
	眼	疾患特異的眼科合併症:[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 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						
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:()						
	皮膚生検:[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:()						
聴力検査	聴力検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
眼科学的検査	眼科学的検査:[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:()						
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: [なし ・ あり] 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)
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 ()