

告示番号		33		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	14 エプスタイン (Epstein) 症候群					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			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 [ ]									
	耳鼻咽喉	感音性難聴:[ ]なし・あり [ ]									
	眼	白内障:[ ]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 [ ]									
	耳鼻咽喉	感音性難聴:[ ]なし・あり [ ]									
	眼	白内障:[ ]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 <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・未実施										
血液検査	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL 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:( )										
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:( )										

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 ] 尿中蛋白量: ( )mg/dL	赤血球数: ( ) 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ( )	蛋白尿: [ なし ・ あり ] 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン: ( )μg/L ・ 未実施
血液検査	血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> /μL BUN: ( )mg/dL 総コレステロール: ( )mg/dL	血清総蛋白: ( )g/dL 血清クレアチニン: ( )mg/dL C3: ( )mg/dL	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L ・ 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: ( )		
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: ( )		
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: [ 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 ] 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 ] 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 ( )		