

病名	20 リポタンパク系球体症					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	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] 感冒時肉眼的血尿:[なし ・ あり]								
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:[なし ・ あり] 抗高脂血症薬、降圧薬等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] 感冒時肉眼的血尿:[なし ・ あり]								
	その他	ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群:[なし ・ あり] 抗高脂血症薬、降圧薬等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 中性脂肪 (TG):()mg/dL アポリポ蛋白E:()mg/dL・未実施 リポ蛋白分画:VLDL増加:[なし ・ あり] IDL増加:[なし ・ あり] C3:()mg/dL 所見 (その他):()									
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) 光学顕微鏡にてLPGの診断に合致:[未実施 ・ いいえ ・ はい] 電子顕微鏡にてLPGの診断に合致:[未実施 ・ いいえ ・ はい] 所見 (その他):()									
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
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 中性脂肪 (TG)：()mg/dL アポリポ蛋白E：()mg/dL・未実施 リポ蛋白分画：VLDL増加：[なし ・ あり] IDL増加：[なし ・ あり] C3：()mg/dL 所見 (その他)：()
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) 光学顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい] 電子顕微鏡にてLPGの診断に合致：[未実施 ・ いいえ ・ はい] 所見 (その他)：()
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：()
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]
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) 血漿交換療法：[未実施 ・ 実施] LDLアフェレシス：[未実施 ・ 実施]
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] 腎移植後原疾患の再発：[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 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)