

病名	20 リポタンパク系球体症					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]		感音時肉眼的血尿:[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(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 ()