

告示番号		44		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	21 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					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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 ]		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 <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					
	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							
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 <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 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	
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 _____ 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) _____	