

| 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 (継続申請用) | | 1/2 | | | |
|--------------------------|--|--|--------------------|---------------|---|--------------------------------|--|--------------------|-----|-----------|--|
| 病名 | 21 リポタンパク系球体症 | | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 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] | | 感時時肉眼的血尿:[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 | | | | | | | | | | | |
| 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 () | | | |