

病名	<b>26 ネフロン癆</b>										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		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 ]			多飲:[ 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 ]		多尿:[ なし ・ あり ]					
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]			Caroli病:[ なし ・ あり ]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]						脳・脊髄形成異常:[ なし ・ あり ]					
	眼	視力障害:[ なし ・ あり ]											
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ]			多飲:[ 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 ]		多尿:[ なし ・ あり ]					
	消化器	肝線維症:[ なし ・ あり ]			Caroli病:[ なし ・ あり ]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]						脳・脊髄形成異常:[ なし ・ あり ]					
	眼	視力障害:[ なし ・ あり ]											
	その他	外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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			総ビリルビン:( )mg/dL						
	AST:( )U/L			ALT:( )U/L			γ-GTP:( )U/L						
	血清Na:( )mEq/L			血清K:( )mEq/L									
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:( )												
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )												
	CTまたはMRI検査 (頭部):[ 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:( )												
眼科学的検査	眼科学的検査:[ 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	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	血清総蛋白: ( )g/dL 血清クレアチニン: ( )mg/dL AST: ( )U/L 血清Na: ( )mEq/L	血清アルブミン: ( )g/dL 血清シスタチンC: ( )mg/L・未実施 ALT: ( )U/L 血清K: ( )mEq/L	BUN: ( )mg/dL 総ビリルビン: ( )mg/dL γ-GTP: ( )U/L
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: ( )		
	画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( )年 ( )月 ( )日 ) 所見: ( )		
	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 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: ( )		
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 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: ( )
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )
既往歴	急性尿細管壊死・腎虚血の既往: [ なし ・ あり ] 発症年月日: ( )年 ( )月 ( )日 ) その際の透析療法の有無: [ なし ・ あり ] 実施日: ( )年 ( )月 ( )日 ) 胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	利尿薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 球形吸着炭: [ なし ・ あり ] その他: ( )
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 )
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( )年 ( )月 ( )日 ) 術式: ( )
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 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )