

告示番号		4		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	33 ギッテルマン (Gitelman) 症候群					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 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]	腎石灰化:[なし・あり]		
	その他	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]	腎石灰化:[なし・あり]		
	その他	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	尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:・未実施		尿pH:()		アミノ酸尿:[なし・あり・未実施]		
	尿糖:[なし・あり]		尿比重:()				
	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		血清尿酸:()mg/dL			
	血清Na:()mEq/L	血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L			
血清Ca:()mg/dL	血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL				
血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施	血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施						
血液ガス分析	pH:()・未実施	HCO ₃ ⁻ :()・未実施	BE:()・未実施	anion gap:()・未実施			
画像検査	超音波検査(腎・尿路):[未実施・実施]			実施日:()年()月()日			
	腎石灰化:[なし・あり]			所見(その他):()			
病理検査	画像検査(腎尿路:超音波以外):[未実施・実施]			実施日:()年()月()日			
	腎石灰化:[なし・あり]			所見(その他):()			
病理検査	腎生検:[未実施・実施]			実施日:()年()月()日			
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]			実施日:()年()月()日			
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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：・未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり] 尿比重：()
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 血清尿酸：() mg/dL 血清Na：() mEq/L 血清K：() mEq/L 血清Cl：() mEq/L 血清Ca：() mg/dL 血清P：() mg/dL 血清Mg：() mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：() ng/mL/hr・未実施 血漿アルドステロン：() pg/mL・未実施
血液ガス分析	pH：() ・未実施 HCO ₃ ⁻ ：() ・未実施 BE：() ・未実施 anion gap：() ・未実施
画像検査	超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()
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：()
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：()
既往歴	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	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
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)
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 医療機関住所	記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()