

病名	39 ポッター (Potter) 症候群					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	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]				
	その他	内・外性器異常:[なし・あり]					所見:()				
		外表奇形:[なし・あり]					所見:()				
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
尿検査	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										
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:()										
排尿時膀胱尿管造影:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)											
所見:()											
核医学検査(レノグラム、レノシンチを含む):[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	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:()										

告示番号 10		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)		2/2
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	利尿薬：[なし ・ あり]		降圧薬：[なし ・ あり]	
	腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]		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 ()	